

松戸市民PCR検査助成事業 申請書

申請日：令和 年 月 日

松戸市長 宛て

フリガナ
申請者(保護者)氏名
生年月日 (T・S・H) 年 月 日生
〒
住所

日中連絡が取れる電話番号

- 下記の①～⑫の欄に必要事項を記入してください。(※⑩～⑫については該当者のみ記入)
● 検査を受けた本人が申請してください。18歳未満の方が検査を受けている場合は、保護者が申請してください。

① <検査日> 令和 年 月 日
② <検査結果> 陰性・陽性
③ <前回検査日> 令和 年 月 日
④ <申請金額> 円
※初回の方は記入不要です。
※金額欄には「検査費用の実費」または「20,000円」のどちらか小さい方の額を記載してください。

振込先口座(※申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面委任状の記入・押印が必要です)

⑤金融機関名
⑥本支店名
⑦預金種別 □普通 □当座 □その他
⑧口座番号 (右詰めで記入して下さい)
(フリガナ)
⑨口座名義

↓※受検者が18歳未満の場合のみご記入ください。

⑩(フリガナ) <受検者氏名>
⑪ <生年月日> (H・R) 年 月 日
⑫ <受検者住所> 〒 -

【同意事項】

(※本申請書のご提出をもって、下記4項目に同意をいただいたものと取り扱います。)

- (1) 検査結果につき、受検した医療機関から情報提供を求める場合があること。
(2) 住所等の確認のため、市が住民記録の情報を閲覧する場合があること。
(3) 助成金の申請受付後、審査の上で支給を決定するため、審査状況により支給までに時間がかかる場合があること。
(4) 申請内容に虚偽等が判明した場合には、助成金の返還に応じること。

【領収証等の返却確認】

□ 領収証および医療費明細書(原本)の返却を希望する。

(※チェックがない場合は、返却しません)

<対象者区分の確認>

(下記いずれかの対象者区分に☑を入れ、必要事項を記入して下さい。)

- (1) 松戸市内に住民登録をしている。
- (2) 松戸市内に所在する保育所、幼稚園、こども園、放課後児童クラブ、市立・私立の小・中・高等学校などで勤務している。
- (3) 松戸市内に所在する事業所・施設等で、入所系介護サービス、通所系介護サービス、訪問系介護サービス、障害福祉サービスなどに従事している。

● (2) (3) に該当する方は、下記事項の記入をお願いいたします。

職 種	
勤務先の名称	
勤務先の所在地	
勤務先の電話番号	
(同意事項) 勤務先の確認のため、市が勤務先に照会することがあります。右□に☑を入れてください。	<input type="checkbox"/>

<必要書類について>

- 直近3ヶ月以内に本事業の申請をおこなっており、住所や助成金の振込先口座等に変更がなく、前回の申請時に提出した必要添付書類の内容と相違がないため、今回の申請において、本人確認書類および通帳の写しを添付いたしません。

<委任状について>

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記委任状の記入・押印が必要です

委 任 状

松戸市長 宛て

令和 年 月 日

(申請者)

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

私は、松戸市民PCR検査助成事業の助成金受領に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

受任者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

<必要添付書類チェックリスト>

- 提出前に下記の注意事項および添付書類が揃っていることをご確認のうえ、該当する箇所に☑を入れてください。
- 本チェックリストは、申請の結果が判明するまで、申請者ご本人のお手元にて保管してください。

① 申請に関する注意事項

- (1) 申請書を訂正するときには、修正液や修正テープは使えません。二重線にて取り消しの上、訂正印を押印してください。ただし、金額の欄は訂正印を押印しても訂正ができませんので、改めて申請書のご記入をお願いいたします。
- (2) 医療機関で実施する、無症状者を対象とした『自費診療のPCR検査』が助成の対象です。新型コロナウイルス感染症の症状のある方は保険適用となるため、助成の対象外となります。
- (3) 民間検査機関（衛生検査所）に申し込むPCR検査は、助成の対象外です。
(※陽性の疑いがある場合でも保健所への発生届が提出されず、再度、医療機関において確定診断の検査を受ける必要があるため)
- (4) 領収証と医療費明細書（ともに原本）は、両方ご提出が必要です。返却を希望される方は、申請書1ページ目下段のチェックボックスにチェックを入れてください。
- (5) 実際に所要した検査費用の範囲内で、上限2万円/回まで申請できます。
(※検査費用と2万円のうち、どちらか小さい金額を申請できます)。
- (6) 検査費用が助成対象となるのはひと月に2回までです。申請は1回ごとに必要です。
- (7) 検査費用のほかに、検体送料がかかっている方については、別途申立書があれば、検体の送料も含めて申請できます。(申立書の様式は、市のホームページに掲載しています。)

② チェックリスト

【申請をされるすべての方】

- 本人確認書類の写し

(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど、氏名・生年月日・住所が確認できるもの)

※受検者が18歳未満の場合は、申請者と受検者の分を両方ご提出ください。

- 医療機関が発行する領収証および医療費明細書（原本）

(『PCR検査の検査費用であること』および『検査の実施日』が明記されていること。)

- 領収証および医療費明細書（原本）の返却について

返却は希望者のみとなることを確認しました。

(※領収証および医療費明細書（原本）の返却を希望される方は、申請書1ページ目の該当のチェックボックスにチェックをお願いいたします。)

通帳の写し

通帳の表紙および見開き1ページ目等、銀行名、支店名、口座番号、口座名義人（フリガナ）が確認できる部分の写し

（※受検者が18歳未満の場合は、申請者欄にある保護者名義の通帳の写しを添付してください。）

委任状

申請者と口座名義人が異なる場合は、申請書裏面下段の委任状への記入・押印をいただくか、別途委任状（任意の様式・記名押印あり）をご提出ください。

【対象者区分（2）（3）のみ】

社員証（写し）や在籍証明書（原本）など、勤務の実態がわかるもの

（名刺・名札は不可。在籍証明書の様式は、市のホームページに掲載しています）

- 「市外」在住の方が申請をされる場合に、ご提出ください。
- 「市内」在住の方は、提出不要です。

【同月に2回受検した検査費用の助成をまとめて申請される方のみ】

松戸市民PCR検査助成事業 申請書（2回目用）※第2号様式

※申請等に関して、ご不明な点等がございましたら下記までお問合せください。

お問合せ先：松戸市 健康福祉部 地域医療課 （TEL）047-366-7771