

松戸市民PCR検査助成事業 申請書 (2回目用)

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①～⑦の欄に必要事項を記入してください。(※⑤～⑦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 <small>※初回の方は記入不要です。</small>
④＜申請金額＞	円	←※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。

↓※受検者が18歳未満の場合のみご記入ください。

⑤ (フリガナ) ＜受検者氏名＞	⑥ ＜生年月日＞ (H・R) 年 月 日
⑦ ＜受検者住所＞	〒 _____

【同意する事項】 ※下記の内容をご確認の上、同意欄に☑を入れてください。

本様式に記載のない事項については、全て第1号様式に記載の通りです。

【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)

(注意事項)

- 同月に受検した検査費用に限り、本書および第1号様式を用いて、2回分の助成をまとめて申請することが可能です。(4月中に2回受検した検査費用の助成はまとめて申請することができますが、4月と5月に受検した検査費用をまとめて申請することはできません。その場合は、第1様式で別々に申請をおこなってください。)
- 「松戸市民PCR検査助成事業申請書」(第1号様式) および本申請書(第2号様式)に必要事項を記入のうえ、必要書類を添付してご提出ください。

※申請等に関しまして、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