

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

※検査を受けた後、概ね2週間以内に申請してください。制度の詳細は、ホームページをご確認ください。

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
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。

↓※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せんが、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)に必要な事項を記入のうえ、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