

# 記載例

令和4年 4月 1日

## 松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業 助成金 実績報告書

松戸市長

申請者

所在地 松戸市竹ヶ花 45-53

法人名 社会福祉法人■■■■会

事業所名 株式会社地域医療課

代表者 代表取締役 ●●●●

連絡先 047-366-7771

代表  
者印

松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業にかかる購入実績について、下記のとおり報告いたします。

〈購入実績〉

※助成は1月当たり20キットまでです※

購入キット名	1キット当たり の単価[a]	助成額単価[b]	購入数[c]	助成額[d]
		(a-500円)		(b×c)
SARS-Cov2 ラピッド抗原テスト	※① 935円	435円	20個	8,700円
チェックMR-COV19	※② 円	円	個	円
クリニテスト COVID-19 抗原迅速テスト	※③ 円	円	個	円
GLINE-2019-nCOV Ag キット	※④ 円	円	個	円
※①③1キット当たりの上限額 935円 ※② 1キット当たりの上限額 1,650円 ※④ 1キット当たりの上限額 1,375円			計	20個 8,700円

〈添付資料〉  確認書の写し  領収書の写し

# 記載例

令和 年 月 日

## 松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業 助成金請求書

松戸市長

申請者 所在地 松戸市竹ヶ花 45-53  
 法人名 社会福祉法人■■■■会  
 事業所名 株式会社地域医療課  
 代表者 代表取締役 ●●●●●  
 連絡先 047-366-7771



〈購入内容〉 ※助成は1月当たり20キットまでです※

購入キット名	1キット当たりの単価[a]	助成額単価[b]	購入数[c]	助成額[d]
		(a-500円)		(b×c)
SARS-Cov2 ラピッド抗原テスト	※① 935円	435円	20個	8,700円
チェックMR-COV19	※② 円	円	個	円
クリニテスト COVID-19 抗原迅速テスト(株)	※③ 円	円	個	円
GLINE-2019-nCOV Ag キット	※④ 円	円	個	円
			計	20個 8,700円

※①③1キット当たりの上限額 935円  
 ※② 1キット当たりの上限額 1,650円  
 ※④ 1キット当たりの上限額 1,375円

松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業について、上記のとおり対象医療用抗原検査キットを購入しました。

つきましては、助成金 8,700円を請求します。  
助成金は下記口座への振り込みをお願いします。

申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になる場合があります。

〈振込先〉

金融機関名	●● 銀行 ▲▲ 支店 信用金庫 農協 所						
口座の種類	普通・当座						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	(フリガナ) マツダ タロウ 松戸 太郎						

※申請者と口座名義が異なる場合は委任状が必要になる場合があります。詳しくは地域医療課までお問い合わせください(047-366-7771)

〈添付資料〉 □振込口座の通帳の写し