（別　紙）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO.

**京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査実施報告書（施設・事業所別）**

〔令和　　年　　月分〕

　　施設（事業所）名

　　サービス種別

＜実施内容＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | 検査実施日 | 入所日等 | 医療機関等名 | 入所者等氏名 | 検査金額 | 施設等負担額 | 申請額 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 2 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 3 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 4 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 5 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 6 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 7 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 8 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 9 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 10 |  |  |  |  | 円 | 円 | 円 |  |
| 申請合計額 | 円 |

※行が不足する場合は、適宜、挿入してください。

※別で添付する補助対象経費の支払を証する書類（領収書の写し等）に対応する内容（1人ごと）について記載してください。

※検査金額は医療機関等で受けた検査代を記載してください。

※申請額は、検査金額と20,000円と比較して、少ない方の額を記載してください