様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

京丹後市長　　　様

申請者　所在地

法人名

代表者

電話番号

京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査費用補助金交付申請書

京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査費用補助金の交付を受けたいので、京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査費用補助金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

　１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 施設（事業所）名 | 申請件数 | 申請額 |
| １ |  | 　　　件 | 　　　　　　　　　円 |
| ２ |  | 　　　件 | 　　　　　　　　　円 |
| ３ |  | 　　　件 | 　　　　　　　　　円 |
| ４ |  | 　　　件 | 　　　　　　　　　円 |
| ５ |  | 　　　件 | 　　　　　　　　　円 |

※　添付書類

（１）ＰＣＲ検査等実施報告書（別紙）

（２）補助対象経費の支払を証する書類（領収書の写し等）

（３）その他市長が必要と認める書類