

別記様式（第4条関係）

豊後大野市抗原検査キット購入補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊後大野市長 川野文敏様

申請者	住所又は所在地	〒
	氏名又は名称	
	電話番号	

次のとおり抗原検査キットを購入し使用したので、豊後大野市抗原検査キット購入補助金交付要綱第4条の規定により申請し、補助金を請求します。

なお、国、県その他の制度で抗原検査キットの助成金は受けていません。

また、市税に滞納はなく、豊後大野市暴力団排除条例第6条第1号に規定する暴力関係者に該当しません。

(※ 補助金の振込先は、原則として申請者（請求者）名義の口座となります。)

該当項目を○で囲んでください。	1 個人	2 事業所	3 その他の者
-----------------	------	-------	---------

請求金額	_____円 (請求金額は、別紙補助対象額の合計となります。)
対象者数	_____人 (別紙の計)
検査回数	_____回 (別紙の計)
購入金額	_____円 (別紙の計)
対象者	別紙のとおり。(別紙が不足する場合は、複写して添付すること。また、別紙の記載項目を満たせば任意様式も可。)

上記（及び別紙）の申請内容に相違ありません。 なお、当申請に係る補助金は裏面の振込先口座に振り込んでください。 年 月 日 署名 _____

※添付書類 抗原検査キットの領収書の原本（これに代わるものの原本も可。ただし、品名、単価、個数、購入日を証明するものに限る。）

（裏面）

市に振込口座（原則1人1口座）がある場合は、下欄にご記入ください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名		預金 種目	口座番号 (右詰で記入ください)	フリガナ
					口座名義
1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 7 信漁連 4 信連	本・支店	1 普通 2 当座			
	本・支所 出張所				
	支店コード				

※ フリガナは、必ず通帳に印字されているフリガナを記入してください。

ゆうちょ銀行	店名	預金 種目	口座番号 (右詰で記入ください)	フリガナ
	店番			口座名義
ゆうちょ銀行を選択された場合は、 貯金通帳の見開き下に記載された店名・店番、口座番号 を記入してください。		1 普通		
		2 当座		

※ 市に振込口座の登録がない場合は、「振込依頼書」(別様)をご提出ください。
また、既に市に登録している口座と上欄の口座が異なる場合も、「振込依頼書」(別様)が必要です。

なお、既に市に登録している口座がある場合は、市からの振込口座は、今後は、今回提出の「振込依頼書」の口座に変更することに同意します。

対象者	ふりがな							
	氏名							
	住所(居所)							
回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	計	
検査日	/	/	/	/	/	/	回	
購入金額	円	円	円	円	円	円	円	
補助対象額	円	円	円	円	円	円	円	

対象者	ふりがな							
	氏名							
	住所(居所)							
回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	計	
検査日	/	/	/	/	/	/	回	
購入金額	円	円	円	円	円	円	円	
補助対象額	円	円	円	円	円	円	円	

対象者	ふりがな							
	氏名							
	住所(居所)							
回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	計	
検査日	/	/	/	/	/	/	回	
購入金額	円	円	円	円	円	円	円	
補助対象額	円	円	円	円	円	円	円	

対象者	ふりがな							
	氏名							
	住所(居所)							
回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	計	
検査日	/	/	/	/	/	/	回	
購入金額	円	円	円	円	円	円	円	
補助対象額	円	円	円	円	円	円	円	

※補助対象額の上限は、1回ごと3,000円です。

※個人・その他の者の対象回数は6回まで、事業所は3回までです。

小計	回数	購入金額	補助対象額
	回	円	円