

様式第1号（第5条関係）

令和5年度砥部町高齢者福祉施設等の利用に係る新型コロナウイルス感染症検査費交付金交付申請書（施設利用者用）

年 月 日

砥部町長 様

令和5年度砥部町高齢者福祉施設等の利用に係る新型コロナウイルス感染症検査費交付金交付要綱第5条の規定により交付金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受検者)	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日		電 話 番 号	
種 別	対 象 者 種 別	利 用 種 別		
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者	<input type="checkbox"/> 施設入所 予定者	<input type="checkbox"/> 通所利 用予定者	<input type="checkbox"/> 通所利用者
	<input type="checkbox"/> 介護保険2号認定者			
	<input type="checkbox"/> 障がい福祉施設利用者			
<input type="checkbox"/> 救護施設利用者				
基 礎 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 肥満（BMI30以上）※65歳未満の人で基礎疾患に該当する場合にのみ記載			
理 由				
交 付 申 請 額	金 円			
検査機関名 (検査キット名)	機 関 名 (検査キット名)			
	住 所 (製造販売業者名)			
入所又は通所 施設	施 設 名			
	所 在 地			
	入 所 又 は 通 所 予 定 日	令和 年 月 日 ※通所中の者は記載不要		
	上記申請者が当該施設の利用予定者（利用者）であることを証明 します。  施設長氏名			

※ 理由の欄は交付金の交付を2回以上受ける者のみ記載すること。