

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

杉戸町長 あて

申請者 所在地  
法人名  
代表者（職・氏名）  
担当者名  
電話番号

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金交付申請書兼実績報告書

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金の交付を受けたいので、杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

記

サービス種別		事業所番号	
施設名 (事業所名)			
施設所在地	杉戸町		
補助金 交付申請額	円		
添付書類	1 (別紙) 実績内訳 2 検査に要した費用を支出したことが確認できる書類 (領収書等) 3 検査を実施した日が確認できる書類 4 その他 ( )		

(別紙)

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金実績内訳

申請者	法人名	(フリガナ)			
	所在地				
	連絡先	電話番号		E-mail	
	代表者職・氏名	職名		氏名	
	担当者職・氏名	職名		氏名	
施設情報	施設名	(フリガナ)			
	サービス種別		定員		
	施設所在地	杉戸町			
	連絡先	電話番号		E-mail	
	施設長(管理者)氏名				

検査費用計算書

No	受検日	受検者		実支出額 (所要額)	添付書類番号	備考
		職種	氏名			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
合計						

※ 行が不足する場合は、適宜追加して記入してください。