

記入例

沖縄市介護施設等PCR検査助成事業
(PCR受検者名簿)

令和 3 年 12 月 20 日

法人名 : 株式会社 ○○○○
事業所名 : △△△△サービス事業所 □□□□
担当者名 : 沖縄 花子 電話 : 098-939-○○○○
e-mail : ○○@△△.jp FAX : 098-987-△△△△

■PCR受検者一覧

No.	氏名	従事者/ 利用者	検査機関名称	検査日	検査費用 (自己負担)	検査助成額 (注1)
1	沖縄 一郎	従事者	株式会社××検査センター	R3.12.20	¥2,000	¥2,000
2	沖縄 二郎	従事者	○○ピーシーアール検査株式会社	R3.12.20	¥3,500	¥2,500
3	沖縄 三郎	従事者	△△PCR検査センター	R3.12.20	¥2,000	¥2,000
4	沖縄 五郎	従事者	◇◇センター	R3.12.20	¥5,000	¥2,500
5	沖縄 六郎	利用者	▽▽検査センター	R3.12.20	¥2,000	¥2,000
6	沖縄 七郎	利用者	株式会社○○○	R3.12.20	¥2,200	¥2,200
7	沖縄 八郎	利用者	▽▽▽PCR検査センター	R3.12.20	¥3,500	¥2,500
8	沖縄 九郎	利用者	▽▽▽PCR検査センター	R3.12.20	¥3,500	¥2,500
9						
10						
【合計】					¥23,700	¥18,200

※ 領収書の内容（検査機関名称・検査日・検査費用）と相違がないか確認をお願いします。

注1 検査助成額の合計は、申請及び請求額と一致する必要があります。

記載内容について、事実と相違ありません。

(申請者) 法人所在地 沖縄市仲宗根町26-1

法人名称 株式会社○○○○

法人代表者氏名 沖縄 太郎 印

事業所名称 △△△△サービス事業所□□□□