

記入例

PCR検査予約名簿

令和 3年 10月 20日

◆この名簿をそのまま送信ください（かがみ文不用）

送信先 : 沖縄市役所介護保険課（管理係）

e-mail : a42kanri@city.okinawa.lg.jp

FAX : 098-987-8527

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-△△△△

■検査予約（報告）者一覧

No.	氏名	従事者/ 利用者	検査機関名称 (予定)	検査日 (予定)	検査費用 (自己負担)	(市記入欄)	
						検査助成 可否(注1)	検査 助成額
1	沖縄 一郎	従事者	株式会社××検査センター	R3.12.20	¥2,000		
2	沖縄 二郎	従事者	〇〇ピーシーアール検査株式会社	R3.12.20	¥3,500		
3	沖縄 三郎	従事者	△△PCR検査センター	R3.12.20	¥2,000		
4	沖縄 四郎	従事者	株式会社□□	R3.12.20	¥4,700		
5	沖縄 五郎	従事者	◇◇センター	R3.12.20	¥5,000		
6	沖縄 六郎	利用者	▽▽検査センター	R3.12.20	¥2,000		
7	沖縄 七郎	利用者	株式会社〇〇〇	R3.12.20	¥2,200		
8	沖縄 八郎	利用者	▽▽▽PCR検査センター	R3.12.20	¥3,500		
9	沖縄 九郎	利用者	▽▽▽PCR検査センター	R3.12.20	¥3,500		
10	沖縄 十郎	利用者	▽▽▽PCR検査センター	R3.12.20	¥3,500		
【合計】					¥31,900		

注1 検査助成可否欄で「可」の方は検査助成の対象となります。

※ PCR検査予約名簿を提出した翌日までに返信がなければお問い合わせください。

※ 検査助成額の上限は検査1回あたり2,500円となります。

※ 検査の助成は予算の範囲内で決定いたします。ご了承ください。

※ キャンセルする場合は、必ずご連絡ください。

【市担当確認者】

介護保険課管理係