

(様式 1)

事業者向けPCR検査支援事業助成申請書

申請日 令和 年 月 日

大館商工会議所
会頭 佐藤 義晃 様

〒 _____

申請事業所 住 所 _____

事業所名 _____ ㊞

電話番号 _____

※受検者が多い場合は別紙にご記入ください。

| 受検者人数 | 名 | | |
|-------|----------------------------|-----|-----|
| 受検者氏名 | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| 添付書類 | 領収証や決済画面の画像コピーなど、支払が分かる書類 | | |
| 申請金額 | 受検者数 名 × 地域限定商品券1,000円 = 円 | | |

PCR受検費用の助成として上記申請金額の地域限定商品券(Buyおおだて商品券)を受領しました。

受領日 令和 年 月 日

受領者氏名

㊞

(様式 1)

事業者向けPCR検査支援事業助成申請書

申請日 令和 年 月 日

大館商工会議所
会頭 佐藤 義晃 様

〒 017 - 0044

申請事業所 住 所 大館市御成町二丁目8-14

事業所名 大館商事 ㊞

電話番号 0186-43-3111

※受検者が多い場合は別紙にご記入ください。

| | | | |
|-------|----------------------------|-----|---------|
| 利用人数 | 3 名 | | |
| 受検者氏名 | 大館 太郎 | 受検日 | 11月 4日 |
| | 大館 花子 | 受検日 | 11月 10日 |
| | 大館 次郎 | 受検日 | 11月 17日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| | | 受検日 | 月 日 |
| 添付書類 | 領収証や決済画面の画像コピーなど、支払が分かる書類 | | |
| 申請金額 | 受検者数 名 × 地域限定商品券1,000円 = 円 | | |

PCR受検費用の助成として上記申請金額の地域限定商品券(Buyおおだて商品券)を受領しました。

受領日 令和 3 年 12 月 6 日

受領者氏名

㊞