

高齢者新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付申請総括票

年 月 日

請求者 所在地

福祉施設等名称

代表者氏名

印

連絡先

甲府市高齢者新型コロナウイルス感染症検査費用助成金について、別添の申請書のとおり請求します。

検査	件数	検査費用	請求金額
PCR検査			
抗原定量検査			
合計			

※市使用欄			
受理年月日	受付	審査	入力