

第4号様式（第9関係）

高齢者新型コロナウイルス感染症検査費用助成金申請者一覧表

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
 福祉施設等名称 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

番号	氏名	フリガナ (半角カタカナで入力)	生年月日	郵便番号	住所	検査名 (プルダウンで選択)	検査を受けた医療機関又は 民間検査機関名	検査費用	助成金額 (自動入力)	費用負担 (プルダウンで選択)	備考
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
							合計				

内訳

検査名	負担者	検査費用	助成金額	件数
PCR検査	本人負担分			
	福祉施設等負担分			
抗原定量検査	本人負担分			
	福祉施設等負担分			
合計	本人負担分			
	福祉施設等負担分			