

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

申請者  
所在地  
法人名  
代表者名

瀬戸市高齢者施設事業所等抗原検査等費用補助金交付申請書兼請求書

瀬戸市高齢者施設事業所等抗原検査等費用補助金を次のとおり申請します。また、交付決定後、助成金を以下の口座に振り込むよう請求します。

1 市内施設事業所名 \_\_\_\_\_

2 交付申請額及び請求額 \_\_\_\_\_円

3 添付書類

(1) 補助対象経費計算書

(2) 根拠資料（検査内容、検査キットの品目名、数量、単価等が確認できる領収書等の写し）

4 確認事項（下記の□に、チェックを入れてください）

他の補助制度により補助を受けていません。

瀬戸市暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団ではありません。

代表者、役員又は従業者が瀬戸市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。

代表者、役員又は従業者が上記の暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

5 振込口座

金融機関名		支店名	
科目	1 普通	2 当座	3 貯蓄
口座番号			
ふりがな			
口座名義			

別紙

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者  
所在地  
法人名  
代表者名

補助対象経費計算書

1 当該施設における感染事案の発生日 年 月 日

2 補助金額 金 \_\_\_\_\_ 円 (下記計算表の(e)の合計)

抗原検査等 実施日	検査件数 (人数) (a)	1検査あたりに 要した額 (b)	(b)の額と補助上限額 (10,000円)を比較 して低い方の額 (d)	補助金の額 (a) × (d) (e)
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
合 計				

※ 一つの感染事案につき、2週間以内に感染の疑いがある職員、職員と同居している者及び入所者等に対して、当該高齢者福祉施設事業所等が費用を負担して実施した抗原検査等が対象です。