



|                        |                   |                |              |  |  |  |
|------------------------|-------------------|----------------|--------------|--|--|--|
| 振込先                    | 金融機関名             | 銀行・金庫<br>組合・農協 | 本店・支店<br>出張所 |  |  |  |
|                        | 預金種別              | 普通・当座          | 口座番号         |  |  |  |
|                        | ﾌﾞﾗﾝｸﾞ            |                |              |  |  |  |
|                        | 口座名義人<br>(申請者と同一) |                |              |  |  |  |
| 最初に感染者が発生した年月日         | 令和 年 月 日          |                |              |  |  |  |
| 最初に感染者が発生した事業所、施設、店舗等名 | 所在地               |                |              |  |  |  |
|                        | 事業所、施設、<br>店舗等名   |                |              |  |  |  |

| 補助対象経費 | PCR検査経費の内訳 | 支払日                               | 品名・数量   | 支払額                |
|--------|------------|-----------------------------------|---|--------------------|
|        |            | (最初に感染者が発生してから2週間以内に実施された経費が対象です) | (抗原検査、抗体検査は対象となりません)  | (税抜)<br>※消費税は補助対象外 |
|        |            |                                   |   | 円                  |
|        |            |                                   |   | 円                  |
|        |            |                                   |   | 円                  |
|        |            |                                   | 合計金額(税抜)  | 円                  |
| 補助金申請額 |            |                                   | 補助金申請額(請求額)   | 上記合計金額×2/3         |
|        |            |                                   | (注) 補助金申請額は上記合計金額(税抜)に3分の2を乗じた額<br>(注) 100円未満の端数は切り捨て<br>(注) 補助金額の上限は20万円となります。 | 円                  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>【要件該当確認】</b></p> <p>右の項目について要件に該当していることを確認いただき、□にチェックを入れてください</p> | <p><input type="checkbox"/> 以下の項目に相違ないことを誓約します</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中小企業者・小規模企業(個人事業主を含む)又は、補助事業対象者要件に該当する事業者又は団体です(行政機関、公的企業、独立行政法人、大企業ではありません)。</li> <li>・県内に事務所又は事業所を有する事業者です。</li> <li>・申請書類の内容に虚偽や不正等が判明した場合は、補助金の返還に応じます。</li> <li>・検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、迅速にこれに応じます。</li> <li>・暴力団員ではなく、暴力団や暴力団員と密接な関係にありません。</li> </ul> |
|---|---|

(参考様式)

PCR検査に要した経費の領収書・レシートの写し添付台紙

**添 付 欄**

※領収書・レシート等の写しを添付してください。

※領収書・レシート等は、支払日、品名、金額（税抜）、内訳等が分かるものです。

※クレジットカード、電子マネーで支払いをする場合も、取引の内容や相手方への支払いが確認できる書類を添付してください。なお、申請者名義と支払い者名義は一致している必要があります。

※全てこの欄に添付できない場合は別添付でも構いません