第１号様式（第５条関係）

**介護施設等におけるＰＣＲ検査等補助金交付申請書**

立　川　市　長　殿

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　印

　介護施設等におけるＰＣＲ検査等補助金の交付について、次のとおり申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護施設等の名称 |  |
| 介護施設等の所在地 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 補助金申請額 | 円 |
| 検査対象者 | 利用者等　・　職　員 |
| 検査機関 |  |
| 検査内容 | ＰＣＲ検査・抗原定量検査・抗原定性検査 |
| 検 査 日 | 年　　　月　　　日 |
| 担当者・連絡先 | 担当者　　　　　　　　電話番号 |

【添付書類】領収書及び検査の内訳が確認できる書類（診療明細書、ＰＣＲ検査等の申込案

　　　　　　内等）

※施設長又は管理者記入欄

私は、この申請書に記載されている職員及び利用者等が、補助の対象となる期間中に、新型コロナウイルス感染症対策のＰＣＲ検査等の検査費用について、他に補助又は助成を受けていないことを確認しました。

署名：

別紙１

　〔複数の利用者、入所者及び入居者記載用〕

介護施設等の名称：　　　　　　　　　　サービス種別：　　　　　　事業者番号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者等氏名 | 保険者 | 被保険者番号 | 検 査 日 | 検査内容 | 検査費用 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

別紙２

　〔介護施設等の職員記載用〕

介護施設等の名称：　　　　　　　　　　サービス種別：　　　　　　事業者番号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員氏名 | 雇用形態 | 検 査 日 | 検査内容 | 検査費用 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

第４号様式（第７条関係）

**介護施設等におけるＰＣＲ検査等補助金交付請求書**

立　川　市　長　殿

請求者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　年　月　日付け　　　 第　　号により補助金の交付決定を受けた介護施設等におけるＰＣＲ検査等補助金について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護施設等の名称 |  |
| サービス種別 |  |
| 補助金請求額 | 円 |

（入金先）

金融機関名

　　支店名

預金種別　　　　　　　　　　　　　　普通・当座

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

口座番号

口座名義　カナ

口座名義　漢字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

電話番号

第５号様式（第15条関係）

**消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書**

立　川　市　長　殿

報告者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　年　月　日付け第　　号により交付決定を受けた介護施設等におけるＰＣＲ検査等補助金について、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額を次のとおり報告します。

１　介護施設等の名称

２　介護施設等におけるPCR検査等補助金交付決定の額の合計額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控

　除税額（要補助金返還相当額）

金　　　　　　円

４　添付資料

　　記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握でき

　る資料及び特定収入の割合を確認できる資料）を添付すること。