第１号様式（第８条関係）

㊞

年　　月　　日

（提出先）江戸川区長

（申請者）所 　　在　　 地

事　 業　 所 　名

㊞

代表者　職・氏名

担当者名・電話番号

江戸川区新型コロナウイルス感染者に係る在宅生活確保緊急支援事業

助成金交付申請書（請求書兼口座振替依頼書）

　江戸川区新型コロナウイルス感染者に係る在宅生活確保緊急支援事業実施要綱第８条の規定により、助成金の交付を申請します。

　なお交付決定後は、別紙の口座に振り込みをお願いします。

●申　　請 　 額　　　　　　　　　　　　円

サービス提供対象者（感染者）　　　　　　　　　　（被保険者番号　　　　　　）

　　　　　　　　　　　対象期間　　（　　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日　）

※陽性と判断された日から、経過観察終了となった日または在宅療養が終了となった日まで

従事手当（１日につき、5,000円）　　ＰＣＲ検査費用（費用負担有の場合１回に限り、1,000円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支払い対象者名****（サービス提供従事者）** | **申請内容** | **支払金額****（円）** |
|  | 従事日（計　　日） | / | / | / | / | / | / | / |  |
| / | / | / | / | / | / | / |
| PCR検査 | （費用負担）　　　有　・　無 |  |
|  | 従事日（計　　日） | / | / | / | / | / | / | / |  |
| / | / | / | / | / | / | / |
| PCR検査 | （費用負担）　　　有　・　無 |  |
|  | 従事日（計　　日） | / | / | / | / | / | / | / |  |
| / | / | / | / | / | / | / |
| PCR検査 | （費用負担）　　　有　・　無 |  |
| 合計（申請額） |  |

第１号様式　別紙（第８条関係）

●口座情報（事業者の口座情報をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先金融機関 | 　 | 銀　　行信用金庫信用組合 | 　 | 店支店 |
|
|
| 預金種目を〇で囲む | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ (　　　　) |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義 | 　 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＊振込口座は申請者（法人又は事業所）名義と一致する必要があります。 |  |  |  |

※添付書類

　　（１）口座情報確認のための通帳の写し

（上記の口座情報が記載されている通帳の該当ページを添付）

【注意事項】

・口座番号が７桁に満たない場合は、頭に「０」をつけて７桁にしてください。

・ゆうちょ銀行の場合は、「記号・番号」ではなく、振込用の「店名・預金種目・口座番号」を記入してください。

・口座名義人にアルファベットが含まれる場合は、フリガナもアルファベットで記入してください。