様式第５（第10条関係）

滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費補助金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

　（宛先）

　　滋賀県知事

申請者　　住所

氏名

*（法人にあっては名称および代表者の職名・氏名）*

*（自治体にあっては市(町)長の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者・担当者　氏名

*（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）*

*（自治体にあっては担当者の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　年　　月　　日付け　　　　　第　　号で登録を受けた計画に基づく事業の実施が　月分まで完了し、完了分について補助金の支払を受けたいので、滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費補助金

円を交付されるよう、滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費補助金交付要綱第10条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

　１．交付申請額　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （内訳） | ① | 検査体制の整備に要した費用　　　　　　　　 円 |
| ② | ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業　　　　　　　 円 |
| ③ | 感染拡大傾向時の一般検査事業　　　　　　　　　 円 |

関係書類

　１　別紙様式１（１日あたりの総検査回数（１月あたりの総検査回数（ＰＣＲ検査等と抗原定性検査の合計回数）を当該月の営業日数※で割った数値。）が50 回を超える事業者は、別紙様式２を使用すること。）

２　証拠書類（検査体制の整備に係る費用に関するもののみ）

３　口座振替依頼書（滋賀県に債権者登録を行っていない場合）

（注）用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

※　無料検査を実施した日数（実績が0件の営業日を含む）

別紙様式１

滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費用内訳書

（　　）月分

【補助金算定根拠】

|  |  |
| --- | --- |
| ①検査整備の整備に要した費用 | 円 |
| ②ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業 | PCR検査等 | 円 | 抗原定性検査 | 円 |
| 【積算】　　　円×　　件 | 【積算】　　　円×　　件 |
| ③感染拡大傾向時の一般検査事業 | PCR検査等 | 円 | 抗原定性検査 | 円 |
| 【積算】　　　円×　　件 | 【積算】　　　円×　　件 |

【検査件数】　営業日数：　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 検査件数 | 小計 | 合計 |
| ②ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業 | PCR検査等 | 件 | 件 | 件 |
| 抗原定性検査 | 件 |
| ③感染拡大傾向時の一般検査事業 | PCR検査等 | 件 | 件 |
| 抗原定性検査 | 件 |

【営業日数】　　　　日

※本様式は月別に作成してください。