

様式第2号（第5条関係）

事業者PCR検査費用内訳表

番号	氏名	住所（該当する方に○を付けてください。）	検査日	【A】 検査費用 （円）	【B】 助成基準額 （円）
1		市内・市外			
2		市内・市外			
3		市内・市外			
4		市内・市外			
5		市内・市外			
6		市内・市外			
7		市内・市外			
8		市内・市外			
9		市内・市外			
10		市内・市外			
11		市内・市外			
12		市内・市外			
13		市内・市外			
14		市内・市外			
15		市内・市外			
16		市内・市外			
17		市内・市外			
18		市内・市外			
19		市内・市外			
20		市内・市外			
【C】合計額（円）					
【D】助成金交付申請額（円）					

※B欄の助成基準額は、100円未満を切り捨てし、A欄の検査費用と2万円を比較していずれか少ない額とする。

※D欄の助成金交付申請額は、C欄の合計額と30万円を比較していずれか少ない額とする。