

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。