令和　　年　 月　 日

今治市事業者ＰＣＲ検査支援事業費助成金交付申請書

（宛先）今治商工会議所

　　　　会頭　阿部　　健　様

申請者 住所

商号又は法人名

代表氏名 　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記のとおりＰＣＲ検査を受けたいので、今治市PCR検査支援事業費助成金交付規程に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

記

１ 申請概要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所概要 | 名称 |  | 業種 |  | 会員資格 | 有　□無　□ |
| 事業所代表者 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 従業員等の数 | 　　　名 | 今回PCR検査を実施する従業員等数 | 　　　　　名 |
| **※事務局記入欄** | 　　　　　円 |

２　補助申請額及びPCR検査を実施する従業員等

|  |  |
| --- | --- |
| PCR検査を実施する従業員等の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 新型コロナウイルスへの感染に懸念を感じる理由（複数可） |
| 市外へ出張し、多数の人との接触があったため | □ |
| 行政検査の対象外である（必須） | □ | 市外からの来客対応をしたため | □ |
| 接触した他の従業員が市外へ出張したのち体調不良のため | □ |
| 無症状である（必須） | □ | 市外へ出張する用務の多い他の事業者と接触したため | □ |
| **助成申請額　５，０００円** | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |

３　誓約事項

・本申請書の記載内容に偽りはありません。

・私は、公序良俗に反する事業又はサービスの提供を行っていません。

・私は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に掲げる者に該当しません。

・私は、これらの事項に反する場合、補助金の取り消しや損害賠償請求等、一切の措置について異議の申し立てを行いません。

・私及びPCR検査を受ける従業員等は、検査の結果が陽性の場合、保健所への届出など、必要な手続きを行うことに同意します。

【注意事項】

○申請者の印は、社印又は代表者印を押印してください。

**○申請は事業者です。個人での申請はできません。**

**○PCR検査を実施しなくなった場合は、商工会議所（商工会）へご連絡ください。**

ＰＣＲ検査支援事業費助成金承認書（証明書）

今治商工会議所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会頭　阿部　　健　印

今治市事業者ＰＣＲ検査支援事業費助成金交付申請について、下記の条件の下承認いたします。

承認の条件

１．承認番号

２．承認額　　　５，０００円

３．対象者　　　申請書の従業員等の氏名に限る

４．承認日　　　令和３年　　月　　日

５．有効期限　　　承認日の翌日から起算して７日間

PCR検査は、**令和３年　月　日までに**今治医師会検査センターで実施してください。有効期限を過ぎますと、本証明書は無効となります。検査の際には、この証明書を今治医師会検査センターへ提出してください。

…………………………………………………………………………………………………………………………

委任状

　　年　　月　　日

事業者

商号又は法人名

代表氏名 　　　　　　　　　　　印

PCR検査を実施しました。

なお、下記の者を代理人と定め、助成金の請求及び受領の権限を委任します。

代理人（PCR検査実施機関）

　住所　　今治市別宮町７丁目1-40

氏名　　今治市医師会検査センター長　　 　印

（PCR検査を実施した場合に押印）