

今治市事業者 P C R 検査支援事業費助成金交付申請書

(宛先) 今治商工会議所
越智商工会
しまなみ商工会
会頭・会長

様

会社印もしくは代表印を押して
ください。

本申請書は、PCR 検査を実施する従業員等
につき、1 枚作成してください。

(1 事業者で 10 名が検査を実施する場合、
10 枚作成となります。)

申請者 住所 今治市別宮町〇丁目〇-〇

商号又は法人名 有限会社いまばり

代表氏名 今治 太郎 印

電話番号 0898-〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり P C R 検査を受けたいので、今治市 P C R 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	有限会社いまばり		業種	飲食業	会員資格	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	事業所代表者	今治 太郎					
	事業所所在地	今治市別宮町〇丁目〇-〇					
	従業員等の数	30 名	今回 PCR 検査を実施する従業員等数			10 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 <u>今治 花子</u>	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		<input checked="" type="checkbox"/>
行政検査の対象外である (必須)	<input checked="" type="checkbox"/>	市外からの来客対応をしたため	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>
無症状である (必須)	<input checked="" type="checkbox"/>	市外へ出張する用務の多い他の事業者と接触したため	<input type="checkbox"/>
助成申請額 5, 0 0 0 円	その他 ()		<input type="checkbox"/>

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 号に掲げられた行為を行っていません。
- ・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、一切の法的責任を負うことに同意します。
- ・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。

裏面については委任状の「事業者、商号
又は法人名、代表氏名・事業者名」をご
記入、押印ください。

【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
越智商工会
しまなみ商工会
会頭・会長 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。

ご記入、押印ください。

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）