

PCR検査費用助成申請書

令和 年 月 日

阿賀町長様

氏名	男・女 Ⓜ	生年月日	年 月 日生(満 歳)
住所	〒 電話番号		検査日 年 月 日
保護者住所	〒 ※実習生の住所が町外の場合	保護者氏名 (続柄)	()
① 実習先		実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日
② 就職先		採用予定日	年 月 日
上記の者は、当施設・当社の実習生・採用予定者であることを証明します。 年 月 日 施設(会社)名 住所 代表者 Ⓜ			

※この助成は令和3年3月31日までの検査が有効です。

【振込先口座情報】

金融機関名	銀行・農業協同組合 金庫・信用組合		本店・支店 出張所
預金の種類	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

《阿賀町記入欄》

領収書の写し	有・無	検査費用 の内訳	自己負担額	円
通帳等の写し	有・無		助成額	円
同意書提出	未・済			