

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
越智商工会
しまなみ商工会
会頭・会長

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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	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、多数の人の接触があったため	<input type="checkbox"/>
行政検査の対象外である (必須)	<input 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 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 5,000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
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診療所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）