様式第１号

仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付申請書

　　令和5年　　月　　日

仙台市長　あて

申請者の住所又は所在地

申請者の氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　標記の補助金の交付を受けたいので、仙台市補助金等交付規則第３条及び仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

　また、暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応いたします。

記

１．申請する補助金の額　　　　　　金 円

２．申請する補助金の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １日当たり５件以上（＠6,000円） | × | 日 | 円 |
| １日当たり４件（＠5,000円） | × | 日 | 円 |
| １日当たり３件（＠4,000円） | × | 日 | 円 |
| １日当たり２件（＠3,000円） | × | 日 | 円 |
| １日当たり１件（＠2,000円） | × | 日 | 円 |
| 合　計 | | 日 | 円 |