

助成金の申請を希望される方へ

令和3年3月31日までに受けた自費での検査が助成金の対象となり、PCR検査または抗原定量検査の**いずれか1回限り**です。

助成金の上限額は、**PCR検査が20,000円、抗原定量検査が7,500円**で、上限額を超えた分は自己負担となります。詳細は、ホームページ・チラシをご確認ください。

【申請時に必要な書類等について】

		65歳以上の方	基礎疾患を有する方
①	助成金交付申請書兼請求書*		○
②	助成金交付申請に伴う添付書類(裏面)	必要ありません	○
③	検査の費用に係る領収書(原本)		○
④	申請者名義の口座の通帳等の写し		○
⑤	申請者の氏名・住所・生年月日が確認できるもの		○
⑥	印鑑		○

※ 「検査費助成金交付申請書兼請求書」の様式は、各自治体のホームページに掲載していますので、ダウンロードをお願いいたします。

ホームページを見ることができない場合には、各自治体の助成金申請先の窓口までお越しください。その他、必要な書類をお願いする場合があります。

助成金申請先

【秩父市役所保健医療部地域医療対策課】

住所 秩父市熊木町8-15
電話 0494-22-2279



【横瀬町役場子育て支援課】

住所 横瀬町大字横瀬4545
電話 0494-25-0110



【皆野町役場健康福祉課】

住所 秩父郡皆野町大字皆野1420-1
電話 0494-62-1233



【長瀬町役場健康福祉課】

住所 長瀬町大字本野上1035-1
電話 0494-66-3111



【小鹿野町役場保健課】

住所 秩父郡小鹿野町小鹿野300
電話 0494-75-0135



裏面「助成金交付申請に伴う添付書類」

基礎疾患を有する方のみ提出してください

新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付申請に伴う添付書類

※65歳以上の方は、必要ありません。

申請者（ご本人が記入してください。）

氏名		
住所	〒	
生年月日	年 月 日（満 歳）	
電話番号		
検査種類 （該当検査に○）	PCR検査	抗原定量検査
基礎疾患 （該当するものにレ点）	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患	

※ 障害者手帳やお薬手帳等の証明できる書類をご用意できない場合には、主治医・検査医による下記証明書の記入が必要です。

医療機関によっては、文書料が必要な場合がありますので、主治医・検査医にご確認ください。

主治医・検査医 様

新型コロナウイルス感染症検査費助成金の申請にあたり、基礎疾患に罹患していることの証明が必要となります。医師記入欄にご記入をお願いいたします。

医師記入欄
該当する基礎疾患に○をつけてください。
慢性閉塞性肺疾患 慢性腎臓病 糖尿病 高血圧 心血管疾患
上記の基礎疾患に罹患していることを証明します。
年 月 日
医療機関名
医 師 名 _____ 印
自署の場合は押印不要

自治体記入欄

確認日	確認書類	該 当	備 考
	障害者手帳 ・ お薬手帳、薬の説明文書 ・ その他 ()	可・否	

※主治医・検査医の証明がある場合には、助成対象者とする。