

別添(第1号様式関係、第3号様式関係)

高齢者 PCR 検査助成事業申請希望者兼助成決定者一覧

事業者(法人)名： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_

事業所責任者名： \_\_\_\_\_

事業所番号： \_\_\_\_\_

上記責任者連絡先： \_\_\_\_\_

No	介護保険 被保険者番号	氏名	生年月日	年 齢	住 所	検査 同意	決定欄 ※市記入
1			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
2			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
3			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
4			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
5			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
6			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
7			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
8			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
9			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
10			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
11			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
12			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
13			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
14			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )
15			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不( )

※対象者は、那覇市に住所を有し、申請時において65歳以上の方です。

※必ず本人もしくは家族の方から検査の同意を得たあと、検査同意欄にチェックしてください。

※不助成決定理由：①那覇市外住民のため ②65歳未満のため ③検査同意なしのため ④その他