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（高齢者施設等新規入所者）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 | 被　保　険　者 番 号 | 入所  予定日 | 生年月日 | 年齢 | 住　所 | 検査同意 | 決定欄  ※市記入 |
| 氏　　　　　　　　名 |
| 1 |  | 年  月　　 日 | 年  月　　 日 |  |  | □有 | □可  □不(　) |
|  |
| 2 |  | 年  月　 　日 | 年  月　　 日 |  |  | □有 | □可  □不(　) |
|  |
| 3 |  | 年  月 　 日 | 年  月　　 日 |  |  | □有 | □可  □不(　) |
|  |
| 4 |  | 年  月 　 日 | 年月 　 日 |  |  | □有 | □可  □不(　) |
|  |
| 5 |  | 年  月 　日 | 年  　月 　日 |  |  | □有 | □可  □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：①65歳未満のため　②検査同意なしのため　③その他