様式第２号（第５条関係）

事業者ＰＣＲ検査費用内訳表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏 名 | 住所（該当する方に〇を付けてください。） | 検査日 | 【Ａ】検査費用（円） | 【Ｂ】助成基準額（円） |
| １  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ２  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ３  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ４  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ５  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ６  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ７  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ８  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ９  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １０  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １１  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １２  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １３  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １４  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １５  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １６  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １７  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １８  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| １９  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| ２０  |   | 市内・市外  |   |   |   |
| 【Ｃ】合計額（円）  |   |
| 【Ｄ】助成金交付申請額（円） |  |

※Ｂ欄の助成基準額は、１００円未満を切り捨てし、Ａ欄の検査費用と２万円を比較していずれか少ない額とする。

※Ｄ欄の助成金交付申請額は、Ｃ欄の合計額と３０万円を比較していずれか少ない額とする。