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。