

八百津町医療従事者等慰労金支給申請書

申請日 令和 3年 7月 1日

八百津町長 様

八百津町医療従事者等慰労金の支給を受けたいので、八百津町医療従事者等慰労金支給要綱第5条の規定により申請いたします。

1 申請者の氏名等

(フリガナ) 氏名	現住所	生年月日
ヤオツ タロウ	〒505-0392	(明治・大正・昭和) 平成
八百津 太郎 (印)	岐阜県加茂郡八百津町八百津 3903番地2	3年 7月 1日
電話番号	(000) 1234-5678	(自宅・勤務先) 携帯

※自宅・勤務先・携帯のいずれかを記入し、該当に○をつけてください。

2 事業所（勤務先）の名称等

名称	住所	種類
八百津××病院	岐阜県加茂郡八百津町八百津3827番地 1	①医療 ②介護 ③障害福祉

※該当に○をつけてください。

3 慰労金の振込先（申請者本人の名義に限る）

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	(支店コード) 支店名	口座種 別	口座番号 (右詰めで記入)	(フリガナ) 口座名義人
銀行 2.農協 八百津 2.金庫 3.信組 4.信連	(123) 本店 八百津 支店 支所	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	ヤオツ タロウ 八百津 太郎

※振込先に
応じてご記
入ください。

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※ 欄に記入)	通帳番号 (右詰めで記入)	(フリガナ) 口座名義人
貯金通帳の見開き左上またはキ ャッシュカードに記載された記 号・番号	1 2 3 4 5 ※	6 7 8 9 10 11	ヤオツ タロウ 八百津 太郎

※必ず申請者本人の名義の振込先を記入し、裏面に通帳
もしくはキャッシュカードの写しを貼付けください。

4 次の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ① 支給対象事業所での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。
- ② 複数の慰労金の申請を行うことはできません。
- ③ 記載内容に虚偽があった場合又は複数機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
- ④ 慰労金は、申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出てください。
- ⑤ 八百津町医療従事者等慰労金の申請に必要な事項として「住民基本台帳等の閲覧」について、担当職員が調査閲覧することに同意します。

※裏面に、本人確認書類及び振込先金融機関口座確認書類の写しを貼り付けて下さい。

事業所就業証明書
(八百津町医療従事者等慰労金支給申請用)

※申請者本人が記入してください。

申請者	現住所	
	氏名	

事業所での職種区分

職種区分 (いずれかに○印)	(1)医師 (2)歯科医師 (3)助産師 (4)看護師 (5)薬剤師 (6)診療放射線技師 (7)臨床検査技師 (8)歯科衛生士 (9)介護支援専門員 (10)介護福祉士(ヘルパ-含)
	(11)社会福祉士 (12)精神保健福祉士 (13)相談支援員 (14)事務員 (15)その他()

※該当する従事者区分がない場合は、「(15)その他」に職種をご記入ください。

上記の申請者は、令和3年6月1日から令和3年9月30日までの期間において、当事業所で医療従事者等として勤務している又は勤務していたことを証明する。

※事業所に依頼し、事業所が記入してください。

令和 3年 7月 1日

事業所 所在地 八百津町八百津3827番地1

名称 八百津××病院

代表者 八百津 花代

印

電話番号 0574-43-2111