番　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金請求書

年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　号の　　をもって交付決定の通知があった標記の補助金について、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付要綱第１０条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　請求額　　　金　　　　　　　　　　円也

　　２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 支 店 名 | 本店・支店 |
| 預金種目 | １　普通　２　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |