第４号様式（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

奈良県新型コロナウイルス感染症医療従事者等激励金支給対象者申出書

　標記の激励金の支給について、下記のとおり支給対象者に該当しますので、激励金の支給を希望します。

記

１　従事日数及び支給額

　（１）従事日数

　　　　　　　　　　　　　　延べ　　　　　　　　　　　　　日

　（２）激励金支給額

　　　　　（１日あたり２，０００円）

　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　　勤務実績証明書（第２号様式）

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名（金融機関コード） | （　　　　） |
| 金融機関支店名（支店コード） | （　　　　） |
| 預金種別（該当するものに〇） | 普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  |