

番 号  
年 月 日

奈良県知事 殿

申請者 住 所 〒 ー

名 称  
代表者職・氏名

新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等宿泊費補助金交付申請書  
( 年 月分)

標記の補助金の交付について、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者等  
宿泊費補助金交付要綱第6条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助の対象となる経費及び補助金交付申請額

(1) 補助の対象となる経費 金 \_\_\_\_\_ 円也

(2) 補助金交付申請額 金 \_\_\_\_\_ 円也

(3) 補助金交付申請額の内訳（積算）

2 添付書類

- (1) 医療機関が医療従事者等に宿泊費を支払ったことが確認できる書類
- (2) 医療従事者等が宿泊施設等に宿泊費を支払った際の領収書（写し）
- (3) 宿泊施設等に宿泊した医療従事者等にかかる証明書（第1-4号様式）