番　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　申請者　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対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　補助対象経費及び補助金交付申請額

1. 補助対象経費　　　　　　金　　　　　　　　　　円也
2. 補助金交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　円也

２　添付書類

1. 補助対象経費計算書（第１－２号様式）
2. 勤務実績証明書（第１－３号様式）
3. 支給実績の証拠となる書類（写し）
4. 労働協約、就業規則、給与規程又は労働契約等（特殊勤務手当の支給について定めたもの）