第２－１号様式（医療機関等の申請の場合）

（文書番号）

　　年　　月　　日

奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　代理申請・受任者名称

　　　　　　　　　　　　　　管理者職・氏名

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金給付申請書

　標記について、下記のとおり、慰労金を給付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　支給申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 第２－２号様式の合計申請額と一致していること。

２　添付書類

　　・代理申請・受領委任状（第１－１号様式又は第１－２号様式）原本

・（該当する場合）代理申請・受領事務手続委任状（第１－３号様式）写し

・慰労金計算書（第２－２号様式）

　　・慰労金給付対象内訳書（第２－３号様式）

　　・（該当する場合）応援先医療機関等における勤務期間証明書（第２－４号様式）原本

【申請内容に関する問合せ先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当部署 | |  |
| 担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| e-mail |  |