第２－５号様式（個人による申請書）

　　年　　月　　日

奈良県知事　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
|  | 氏名（記名押印） |   |
|  | 郵便番号 | 〒　　　－ |
|  | 現住所 |  |
|  | 連絡先電話番号 | 　　　　　－　　　　　－ |
|  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
|  | 生年月日 | 昭和・平成　　 　年　　 月　 　日 |

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、下記の事項に同意の上、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　同意事項**

1. 当該医療機関等での勤務実態が慰労金の給付条件を満たしていない場合は、申請できません。
2. 複数の慰労金の申請を行うことはできません。
3. 奈良県が請求書に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込みが完了せず、かつ、申請期限までに、県が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、奈良県は当該申請が取り下げられたものとみなします。
4. 慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合又は複数の慰労金の給付を受けた場合は、慰労金を速やかに返還していただきます。
5. 慰労金は請求書に記載された受取口座に給付します。必ず申請者本人名義の口座とし、氏名等に変更があった場合は速やかに申し出てください。

**２　申請額（いずれかに○を付けること）**

|  |
| --- |
| ア：２０万円　イ：１０万円　　ウ：５万円 |

**３　対象期間内に勤務していた医療機関等の情報**

　　（１か所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、勤務した日数を合算できるため

　　　複数記載してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名　　　　　称 | 住　　　　所 | 日数 | 証明 |
| １ |  |  | 日 | □ |
| ２ |  |  | 日 | □ |
| ３ |  |  | 日 | □ |
|  |  | 合計 | 日 |  |

※　証明欄は、医療機関等ごとに勤務期間証明書（第２－４様式）を取得し、本申請書

に添付している場合は☑（ﾁｪｯｸ）を記入してください。 必ず全ての医療機関等に

ついて添付が必要です。

**４　添付書類**

1. ３に記載した全ての医療機関等の勤務期間証明書（第２－４号様式）原本
2. 本人確認書類（運転免許証、健康保険証又は年金手帳）写し
3. 振込先金融機関口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）写し
4. 請求書（第３－１号様式）