第１号様式（第５条関係）

第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

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等報告書

　標記の激励金の支給について、支給の対象となる者及び勤務実績等については、下記のとおりです。

　なお、受領の委任を受けた激励金については、別添の委任状により代理受領し、支給対象者に対し支給いたします。

記

１　支給対象者数及び支給額

　（１）激励金支給対象者数（延べ人数）

　　　　　※第２号様式の従事日数の合計欄と一致させてください。

　　　　　　　　　　　　　　延べ　　　　　　　　　　　人・日

　（２）激励金支給額

　　　　　（１人・１日あたり２，０００円）

　　　　　※第２号様式の支給額の合計欄と一致させてください。

　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　（１）勤務実績証明書（第２号様式）

　（２）激励金代理受領委任状（第３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） |  |