

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

南種子町長 殿

【申請者（委任代表者）】

医療機関等住所

医療機関等名称

申請者（代表者）名

印

南種子町医療従事者等慰労金交付申請書

南種子町医療従事者慰労金を下記のとおり交付されるよう、慰労金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

交付明細

交付対象者	生年月日	住 所	交付金額（円）	職 種	印
合 計					