

様式第4号（第6条関係）

医療従事者等慰労金請求書

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要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

1. 請求額 円

2. 請求内訳 別添のとおり

3. 振込先

金融機関名 支店名	銀行 農協 支店（支所） 金庫						
預金種別	普通 ・ 当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							