

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

住 所
氏 名 ⑩
(勤務する医療機関名)

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. 振込先

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