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 |  |  |  |