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 |  | | | | | | |