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　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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　　　　　　　　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 |  |