

医療介護従事者等慰労金代理申請・受領委任状

代理人（代表者）※用紙が複数枚必要な場合は、2枚目以降は事業所名のみ記入で可とします。

〒・住所

事業所名

役職・氏名

印

私は、次の事項を確認・承認し、上記の者に「玉村町医療介護従事者等慰労金」の交付申請に係る関係書類の提出及び当該慰労金の請求に関する手続き及び代理受領について委任します。

記

- 1 私は、他の介護事業所等及び医療機関等からの交付申請を行いません。
- 2 私は、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

No.	氏名	フリガナ	生年月日	住所	印
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※必ず、職員ごとに押印をお願いいたします。