

様式第1号（第4条第1項）

玉村町医療介護従事者等慰労金
交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

（宛先）玉村町長

（事業所名）

（職・代表者名）

印

標記の件について、以下のとおり慰労金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

対象者数①	人（※）
申請額・請求額 （①×10,000円）	円

振込口座				
金融機関名	本店・支店名	預金種別 （当座 /普	口座番号	（カタカナ） 口座名義人
	店 ・ 支店			

※医療介護従事者等慰労金代理申請・受領委任状（様式第1号の2）の人数と一致すること。

【申請内容に関する連絡先】

申請事業所住所	〒	
部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	