

様式第4号（第6条）

玉村町医療介護従事者等慰労金支払完了報告書

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、関係書類を添えて、下記のとおり報告いたします。

記

1 交付決定額： 円

2 支払額： 円

（関係書類）

1 玉村町医療介護従事者等慰労金受給職員一覧表（様式第4号の2）

【報告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	