

様式第5号（第7条）

玉村町医療介護従事者等慰労金  
振込手数料請求書

令和 年 月 日

（宛先）玉村町長

（事業所名）

（職・代表者名）

印

次のとおり振込手数料相当額を関係書類を添えて請求します。

- 1 請求額 : 円
- 2 振込口座 : 慰労金の振込口座と同じ

（関係書類）

- 1 振込手数料がわかる書類

【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	