

別 記

第1号様式（第4条）

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

請 求 者 事 業 者 名  
住 所  
代 表 者  
電 話 番 号  
印

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金を受けたいので、酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

1. 施設・事業所名

2. 対象区分（次の施設又は事業のうち対象となるものに○で囲み、左の□にチェックして下さい。）

病院・診療所

介護保険法に基づく事業

（居宅サービス（福祉用具貸与・特定福祉用具販売を除く。）・地域密着型サービス・居宅介護支援・施設サービス）

障害者総合支援法に基づく事業（障害福祉サービス・地域生活支援事業）

児童福祉法に基づく児童養護施設

3. 請 求 額 万円

4. 振込先

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 支所
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

添付書類

- 1 法人等の預金通帳の写し等
- 2 酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業代理受領委任状（別記第2号様式）
- 3 その他町長が必要と認める書類

第2号様式（第4条）

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業代理受領委任状

年 月 日

（あて先）酒々井町長

委任者 住 所 .....  
氏 名 .....  
電話番号 .....

私は、下記の事項を確認・承認し、（法人名・代表者名）を代理受領者と定め、酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業実施要綱第4条第1項の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 私は、酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金について、他の医療・福祉事業者等からの支給申請を行いません。
2. 当該慰労金について、偽りその他不正の手段により支給を受けた場合には、速やかに返還します。

（注意事項）

- ・この委任状は、慰労金を代理受領する職員ごとに作成してください。
- ・酒々井町医療・福祉事業者等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、申請時に町に提出してください。

第3号様式(第4条)

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業受給拒否届出書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

届出者 住 所 .....  
氏 名 .....  
電話番号 .....

1. 私は、「酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金」の受給について拒否することを、ここに届け出ます。
2. 本届出により、「酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金」の受給を拒否する者が本人であることを証明するため、本人確認資料を下欄に貼付し提出します。

本人確認書類貼付箇所

※マイナンバーカード、住民基本台帳カード、運転免許証又は旅券等の写し

第4号様式 (第6条)

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業決定通知書

酒々井町指令第 号  
年 月 日

様

酒々井町長 印

年 月 日付けで申請のあった酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金について、酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

支給決定額 円

第5号様式 (第6条)

酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業却下通知書

酒々井町指令第 号  
年 月 日

様

酒々井町長

印

年 月 日付けで申請のあった酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金について、酒々井町医療・福祉事業者等従事者慰労金支給事業実施要綱第6条第2項の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

却下理由：