様式第1号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　皆野町長　　　　　　様

（申　請　者）

所在地

医療機関名

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　　　　　　　　　　　）

　　皆野町医療機関緊急支援事業給付金交付申請書（兼請求書）

　次のとおり、令和２年度皆野町医療機関緊急支援事業給付金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医療機関の区分等 | 申請額（円） |
| 基本額 |  | ２００，０００ |
| 加算額 | 医療従事者　　人 × 25,000円 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 　(ふりがな)　 口座名義 |
| 銀行・農協・組合　　　　　　　　　　支店 　　　　普通・当座　　　　　　　　　 口座番号 |

添付書類

１　医療従事者名簿

２　その他