



第1号様式

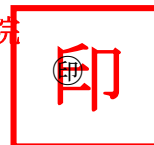
成田市医療従事者等慰労金交付申請書兼概算払請求書

令和2年〇〇月〇〇日

(あて先) 成田市長

申請者(法人名) 医療法人〇〇会〇〇病院
(役職・代表者名) 病院長 〇〇 〇〇

住 所 成田市〇〇 〇〇-〇〇
電話番号 0476-〇〇-〇〇〇〇



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及び概算払請求します。

記

申 請 額		金 20,000 円					
振 込 先	金 融 機 関 名	〇〇 銀行 (金融機関コード: 〇〇〇〇)					
		〇〇 支店 (支店コード: 〇〇〇)					
	口 座 種 別	普通 ・ 当座					
	口 座 番 号	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ	〇〇 〇〇					
	口 座 名 義	〇〇 〇〇					

(関係書類)

- 概算払理由書
- 成田市医療従事者等慰労金給付対象者内訳書

【申請内容に関する連絡先】

部署名		〇〇部〇〇課
担当者氏名		〇〇 〇〇
連絡先	電話番号	0476-〇〇-〇〇〇〇
	e-mail	〇〇@〇〇.jp