

第4号様式

令和 年 月 日

(あて先)

様

(法人名)
(代表者名)

成田市医療従事者等慰労金の代理申請及び受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、
貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を
記載してください)

なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振り込みいただくようお願い
いたします。

振込先	金融機関名	(金融機関コード:)					
		(支店コード:)					
	口座種別	普通 ・ 当座					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義						

(注意事項)

この委任状は、市への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を
証するものとして、市から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各医療
機関等において5年間保管してください。