



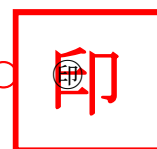
第7号様式

成田市医療従事者等慰労金支払完了報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 成田市長

報告者(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、関係書類を添えて、下記のとおり報告いたします。

記

科目	人数	給付額
慰労金	2 (人)	20,000 (円)
慰労金交付決定額		20,000 (円)
精算額		0 (円)

(関係書類)

1. 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑書類 (写し可)

※個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの

【報告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 j p