

令和2年〇〇月〇〇日

(あて先) 成田市長

- 下記の者は、
- 1

今回の成田市医療従事者等慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関等や成田市から支給される介護サービス従事者等慰労金および障がいサービス従事者等慰労金の交付申請を行わないこと。
- 2

申請内容に虚偽があった場合又は複数医療機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに成田市長に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇会〇〇病院 病院長 〇〇 〇〇 を代理申請・受領者と定め、

成田市医療従事者等慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

(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、市からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において5年間保管してください。

管理番号	申請及び受領を委任する金額	氏名(漢字)(自署)	生年月日	住所
例	10,000 円	成田 花子	1985/1/1	成田市花崎町760
1	円			
2	円			
3	円			
4	円			
5	円			
6	円			
7	円			
8	円			
9	円			
10	円			
11	円			
12	円			
13	円			
14	円			
15	円			
16	円			
17	円			
18	円			
19	円			
20	円			

この委任状の提出は不要です。  
医療機関等で保管をお願いします。