

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 年 月 日

(あて先) 成田市長

申請者 (法人名)
(役職・代表者名)

㊞

住所
電話番号

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 円					
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 (金融機関コード:)					
		支店 (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						

(関係書類)

1. 概算払理由書
2. 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		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	