

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

遠軽町長 様

所在地
医療機関名
代表者名 ⑩
連絡先

遠軽町新型コロナウイルス感染症対策医療機関等支援金交付申請書

遠軽町新型コロナウイルス感染症対策医療機関等支援金の交付を受けたいので、遠軽町新型コロナウイルス感染症対策医療機関等支援金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

- 1 医療機関等名称
- 2 医療従事者数 人
- 3 医療従事者氏名（令和2年9月1日現在）
※氏名が判明できるものを添付しても構いません。
- 4 申請額 円

5 振込先

| | | | |
|-------|------------------|------|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |