（様式第Ｄ号＿表面）

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金支給申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　様

**申請金額：　　　　　万円**

１．申請者の氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ） | 現　住　所 | 生年月日 |
| 氏　　名 |
|  | 〒 | （明治・大正・昭和・平成） |
| 印 |  | 年　　月　　日 |
| 日中連絡可能な電話番号 | －　　　　－　　　　　　　（自宅・勤務先・携帯） | |

２．対象期間内に勤務していた医療機関、施設・事業所等の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先の名称 | 所　在　地 | 分野－サービス種類等 |
|  |  |  |

３．勤務先における申請者の業務内容等　※本欄は、原則として、医療機関、事業所・施設等において記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①勤務先医療機関等での  所属部門・部署 | ②勤務先での職種 | ③勤務先における主な業務内容 |
|  |  |  |
| ④令和２年４月１０日から  ６月末までの勤務日数 | ⑤（新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合）当該患者１例目受入以降6月末までの勤務日数 | ⑥当該医療機関等の類型  （いずれかに〇） |
|  |  | 新型コロナ受入医療機関／帰国者接触者外来  地域外来検査センター／宿泊療養／自宅療養  訪問看護／助産所／上記以外 |

※⑤、⑥は医療分野のみ記入　　　　（勤務先証明欄）　法人名

　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。

①施設・事業所及び医療機関等での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。

②医療・介護・障害の慰労金について、他の施設・事業所及び医療機関等からの給付申請や県への直接の給付申請を行いません。

③県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請日から３か月後の末日までに、都道府県が、申請者に連絡・確認できない場合は、県は当該申請が取り下げられたものと見なします。

④記載内容に虚偽があった場合又は複数機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。

⑤慰労金は、申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出て下さい。

【振込希望口座】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行・金庫　　　　　　本店・支店・出張所  　　　　　農協・漁協　　　　　　代理店・本所・支所 | | | | | | | | | | フリガナ |  |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |

（様式第Ｄ号＿裏面）

|  |
| --- |
| **本人確認書類　写し貼り付け**  ・運転免許証のコピー　・健康保険証のコピー　・年金手帳のコピー　等  （マイナンバーが記載されている書類は貼り付けないでください。） |

|  |
| --- |
| **振込先金融機関口座確認書類　写し貼り付け**  ・通帳（口座番号が書かれた部分）又はキャッシュカードのコピー　等 |

|  |
| --- |
| **チェックリスト**  （以下の項目について必ず確認し、確認後はチェック欄（□）にレを入れること）  ①記載漏れや記載誤りがないか、再度ご確認下さい。  ②記入した通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することをご確認下さい。  ③添付資料に漏れが無いかご確認下さい。  ④他の医療機関、介護サービス施設・事業所及び医療機関等からは慰労金の申請は  　行っていません。  ⑤記載内容に虚偽があった場合や、二重に申請が行われた場合は、慰労金の返還を  　求められることを理解しました。 |