

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要領

(令和2年7月21日付第202000104753号)

(趣旨)

第1条 この要領は、新型コロナウイルス感染症感染拡大下で医療、介護、障がいの各分野で、病院、事業所等に勤務し、利用者と接する業務に従事した職員に対して支給する慰労金の支給事業の実施に関して必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 支給対象となる者は、別紙に掲げる者とする。ただし申請及び支給は1度限りとする。

(支給額)

第3条 慰労金の額は、別表1に定めるとおりとする。

(支給申請等)

第4条 慰労金の支給を希望する支給対象者は以下の各号の区分に基づき、それぞれに定める方法によって令和3年2月26日までに支給申請をするものとする。

(1) 現に、債権譲渡されておらずかつ別表2に掲げる事業所ではない事業所等に所属する支給対象者の場合

ア 支給対象者は、所属する事業所等の代表者（以下、「事業者」という。）に対し、支給を希望する旨を申告し、代理受領の委任状を提出するものとする。

イ 事業者は、慰労金の支給を希望する支給対象者の申告をとりまとめ、別表3の本号に該当する項目に掲げる書類を県が指定する者に提出するものとする。

(2) 現に、債権譲渡されている事業所又は別表2に掲げる事業所等に所属する支給対象者の場合

ア 支給対象者は、事業者に対し、支給を希望する旨を申告し、代理受領の委任状を提出するものとする。

イ 事業者は、慰労金の支給を希望する支給対象者の申告をとりまとめ、別表3の本号に該当する項目に掲げる書類を、医療分野については県が指定する者に、介護・障がい分野については県に提出するものとする。

(3) 事業所等の職員ではないものの、委託、嘱託、派遣等により事業所等内で勤務し、慰労金の対象となる者であって、第1号及び前号の申請により難い支給対象者の場合

ア 支給対象者は、雇用契約を結ぶ法人等の代表者に対し、支給を希望する旨を申告し、代理受領の委任状を提出するものとする。

イ 事業者は、慰労金の支給を希望する支給対象者の申告をとりまとめ、別表3の本号に該当する項目に掲げる書類を県に提出するものとする。

(4) 現に債権譲渡されておらず、かつ別表2に掲げる事業所ではない事業所等に所属する

支給対象者であって、公立施設等に勤務している等の理由により第1号及び第2号の申請により難い支給対象者の場合

ア 支給対象者は様式第C号を作成し、事業者に提出するものとする。

イ 事業者は、申請書類をとりまとめ、県に提出するものとする。

(5) 現に事業所等に所属していない支給対象者であって、第1号及び第2号の申請により難い支給対象者の場合の場合

支給対象者は様式第D号及び添付書類を県に提出するものとする。

(6) その他、前各号による支給申請により難い支給対象者の場合
前号の規定を準用する。

2 複数の事業所等を有する法人の代表者は、前項第1号から第4号に規定する申請による場合において、複数の事業所等の支給申請及び実績報告を一括で行うことができる。

(支給決定等)

第5条 県は、申請内容を審査し、原則として申請書を受理した日の翌月の15日までに支給決定し、その旨を、前条第1項第1号及び第2号による申請の場合は様式第E号により、前条第1項第3号による申請の場合は様式第F号により、前条第1項第4号から第6号による申請の場合には様式第G号により支給申請者に通知するものとする。

2 県は次の各号に区分する方法によって、慰労金を支給する。

(1) 前条第1項第1号による申請に対する支給決定者については、県が指定する者が、事業者の指定する口座に、当該事業所等に係る支給決定者分の慰労金を一括で支給するものとする。

(2) 前条第1項第2号及び第3号による申請に対する支給決定者については、県が、事業者の指定する口座に、当該事業所等に係る支給決定者分の慰労金を一括で支給するものとする。

(3) 前条第1項第4号から第6号による申請に対する支給決定者については、県が、当該支給決定者の指定する口座に直接支給するものとする。

3 前項第1号及び第2号の場合において、事業者は、前項による慰労金受領した日の翌々月の末日または令和3年3月31日のいずれか早い日までに、各支給決定者に慰労金を支給するものとする。

(実績報告)

第6条 慰労金の支給決定を受けた事業者は、支給決定のあった全支給対象者へ慰労金の支給が完了した日から起算して30日が経過する日または令和3年3月31日のいずれか早い日まで、県に実績報告をしなければならない。

2 前項の報告は、第4条第1項第1号及び第2号の申請によって慰労金の支給決定を受けた事業者は、医療分野においては様式第H号及び添付書類により、介護分野及び障がい分野においては様式第I号及び添付書類により行うものとし、第4条第1項第3号の申請によって慰労金の支給決定を受けた事業者は、申請分野にかかわらず、様式第J号及び添付

書類により行うものとする。

(二重給付の防止等)

第7条 事業者は、支給対象者が複数の事業所等に所属する場合等において、二重給付とならないよう、従業員等の慰労金の受給状況の把握に努めなければならない。

(検査)

第8条 事業者は、第5条第3項により支給対象者に慰労金を支給した証拠書類を少なくとも5年間は保存しなければならない。

2 県は、必要に応じて、事業者に対し証拠書類の提出を求め、疑義あるときは実地検査を実施することができる。また事業者はこれに応じなければならない。

(返還)

第9条 県は、前条の検査の結果等によって、二重給付となっていた場合、支給した者が支給対象外であることが判明した場合、代理受領していた事業所が支給決定者に対して慰労金を支給していなかった場合、その他本要領の規定を逸脱し不正に本慰労金を受給したことが判明した場合においては、当該給付を受けた者に対し返還を求めるものとする。

2 前項の場合において、当該給付を受けた者は、受給した慰労金のうち不正に受給した金額を、県が指定する方法によって、県が指定する期限内に返還しなければならない。

3 第1項の返還手続きにあわせ、著しく不正な申請及び受給を行った事業者については、県のホームページ等で法人名及び事業所名を公表するものとする。

(留意事項)

第10条 今回の慰労金は、所得税法（昭和40年法律第33号）の非課税規定に基づき、非課税所得に該当する。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律（令和2年法律第27号）に基づき、受給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることを禁止されている。

(その他)

第11条 この支給要領に定めるもののほか、慰労金の支給に関して必要な事項については別途健康医療局健康政策課長、ささえあい福祉局長寿社会課長及び障がい福祉課長が定める。

附 則

この要領は、令和2年7月21日から施行する。

別紙（第2条関係）

支給対象者

○医療分野

以下に掲げる事業所等において、基準期間内に、利用者と接する業務に10日間以上勤務した職員等

【鳥取県から役割を設定された医療機関等】

- ① 重点医療機関
- ② 感染症指定医療機関
- ③ その他の鳥取県が新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを割り当てた医療機関（「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）等に基づく、新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関）
- ④ 帰国者・接触者外来を設置する医療機関（「新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制について」（令和2年2月1日厚生労働省医政局地域医療計画課・健康局結核感染症課連名事務連絡））
- ⑤ 地域外来・検査センター（「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」（令和2年4月15日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡））
- ⑥ 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、鳥取県から役割を設定された宿泊療養・自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者（軽症患者等を含む。）に対するフォローアップ業務

【その他】

- ⑦ 上記以外の病院・診療所
- ⑧ 訪問看護ステーション
- ⑨ 助産所

○介護分野

介護保険法（平成9年12月17日・法律第123号）に規定される以下に掲げる事業所等において、基準期間内に、利用者と接する業務に10日間以上勤務した職員等

①訪問系サービス事業所

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所及び居宅療養管理指導事業所

②通所系サービス事業所

通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所及び通所リハビリテーション事業所

③短期入所系サービス事業所

短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

④多機能型サービス事業所

小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所

⑤介護施設等

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

(注) 各介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業(指定サービス・介護予防ケアマネジメント(※))を含む。

(※) 指定でない形で介護予防・生活支援サービス事業を実施している場合も、緊急事態宣言発令中に市町村からの要請を受けて業務を継続していた事業所については、対象となる。

○障がい分野

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)及び児童福祉法(昭和22年法律第164号)に規定される以下に掲げる事業所等において、基準期間内に、利用者と接する業務に10日間以上勤務した職員等

①生活介護、療養介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、障害者支援施設、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、自立生活援助、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援

②障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業(ただし、市町村事業である地域活動支援センター、日中一時支援、盲人ホーム、福祉ホーム、移動支援事業、訪問入浴サービス、障害者相談支援事業、基幹相談支援事業、都道府県事業である盲人ホーム、福祉ホーム、盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業に限る)を実施する事業所

注) 基準期間・・・令和2年4月10日(金)～令和2年6月30日(火)

別表1（第3条関係） 慰労金の金額

対象となる支給対象者	慰労金の額
医療分野	
<p>新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、鳥取県から役割を設定された重点医療機関、感染症指定医療機関、その他の鳥取県が新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを割り当てた医療機関に勤務する支給対象者は以下の区分による金額を支給する。</p>	
<p>実際に新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行った医療機関に勤務する支給対象者</p>	200,000円
<p>当該医療機関において、実際に初めて新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行った日以降に勤務していない支給対象者</p>	100,000円
<p>新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行っていない医療機関に勤務する支給対象者</p>	100,000円
<p>新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、鳥取県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関又は鳥取県から役割を設定された地域外来・検査センターに勤務する支給対象者は以下の区分による金額を支給する。</p>	
<p>実際に新型コロナウイルス感染症患者（新型コロナウイルス感染症の疑い例を含む。）に診療等を行った医療機関等に勤務する支給対象者</p>	200,000円
<p>当該医療機関等において実際に初めて新型コロナウイルス感染症患者（新型コロナウイルス感染症の疑い例を含む。）に診療等を行った日以降に勤務していない支給対象者</p>	100,000円
<p>新型コロナウイルス感染症患者（新型コロナウイルス感染症の疑い例を含む。）に診療等を行っていない医療機関等に勤務する支給対象者</p>	100,000円
<p>新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、鳥取県から役割を設定された宿泊療養・自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者（無症状病原体保有者及び軽症患者を含む。以下「軽症者等」という。）に対するフォローアップ業務、受入施設での対応等で軽症者等と接する支給対象者（鳥取県からの依頼又は委託等により、当該業務に従事する者に限る。）</p>	200,000円
<p>鳥取県から新型コロナウイルス感染症患者への対応の役割を設定されていない医療機関（病院及び診療所）、訪問看護ステーション又は助産所に勤務し、患者（助産所にあつては妊産婦）と接する支給対象者は以下の区分による金額を支給する。</p>	
<p>実際に新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行った医療機関等に勤務する支給対象者</p>	200,000円
<p>当該医療機関において、実際に初めて新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行った日以降に勤務していない支給対象者</p>	50,000円

新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療等を行っていない医療機関等に勤務する支給対象者	50,000 円
介護分野	
<p>利用者に新型コロナウイルス感染症が発生又は濃厚接触者である利用者に対応した介護サービス事業所・施設等に勤務する支給対象者のうち、以下の条件を満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（訪問系サービス）実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者にサービスを1度でも提供した職員 ・（その他の介護事業所・施設）実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者が発生した日（※）以降に当該事業所・施設で勤務した職員 <p>（※）患者については症状が出た日、濃厚接触者については感染者と接触した日</p>	200,000 円
上記以外の支給対象者	50,000 円
障がい分野	
<p>利用者に新型コロナウイルス感染症が発生又は濃厚接触者である利用者に対応した障害福祉サービス事業所・施設等に勤務する支給対象者のうち、以下の条件を満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（訪問系サービス）実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者にサービスを1度でも提供した職員 ・（その他の障害福祉サービス事業所・施設）実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者が発生した日（※）以降に当該事業所・施設で勤務した職員 <p>（※）患者については症状が出た日、濃厚接触者については感染者と接触した日</p>	200,000 円
上記以外の支給対象者	50,000 円

別表2（第4条関係） 県が申請先となる事業所等

医療分野
(なし)
介護分野
<ul style="list-style-type: none">・ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない下記の施設等 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者 向け住宅・ 緊急事態宣言発令中に市町村からの要請を受けて業務を継続して介護予防・ 生活支援サービス事業所（指定事業所を除く）・ 基準該当事業所
障がい分野
<ul style="list-style-type: none">・ 別紙の障がい分野②に掲げる事業所・ 基準該当事業所

別表3（第4条関係） 申請書類

分野及び申請区分	提出すべき書類
医療分野	
第4条第1項第1号、 第4条第1項第2号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第1号__医療分野 ・ 様式第2号__医療分野 ・ 様式第6号__医療分野
介護分野	
第4条第1項第1号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第A号__介護分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第1号__介護分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第1号（別添）__介護分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第2号__介護分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第3号__介護分野
第4条第1項第2号 による申請	（第4条第1項第1号による申請書類に加え） <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第4号
障がい分野	
第4条第1項第1号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第A号__障がい分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第1号__障がい分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第2号__障がい分野（赤枠部分のみ） ・ 様式第3号__障がい分野
第4条第1項第2号 による申請	（第4条第1項第1号による申請書類に加え） <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第4号
全分野共通	
第4条第1項第3号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第B号 ・ 様式第4号 ・ 様式第5号 ・ 申請する従業員等が別紙に掲げる対象者であることを示す書類 （派遣先事業者との契約書及び当該従業員等の勤務表 等）
第4条第1項第4号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第C号
第4条第1項第5号、 第4条第1項第6号 による申請	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第D号 ・ 別紙に掲げる対象者であることを示す書類 （在職証明書等 等）

(様式第1号__医療分野)

様式第1号		①電子申請用	
【医療機関一国保連一都道府県】医療機関等情報 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金			
申請日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	様式3・様式5別紙 (添付・変更による従事者)への記載	
施設概要			
医療機関コード	施設名称 (自動表示)		
管理者職名	管理者氏名	※申請者は管理者となります。	
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
			連絡先メールアドレス
所在地	郵便番号	都道府県名	市区町村以降
		鳥取県	
国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である		自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。	
新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて			
当該都道府県における始期		【施設種別】 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を担う医療機関 2 医師等/検査者育成を担う医療機関 3 医師等 2 検査者/検査者育成を担う医療機関 3 医師等/検査者育成を担う医療機関 4 医師等/検査者育成を担う医療機関 4 医師等/検査者育成を担う医療機関 5 医師等/検査者育成を担う医療機関 6 医師等/検査者育成を担う医療機関 5 医師等/検査者育成を担う医療機関 6 医師等/検査者育成を担う医療機関 7 医師等/検査者育成を担う医療機関 6 医師等/検査者育成を担う医療機関 7 医師等/検査者育成を担う医療機関 8 医師等/検査者育成を担う医療機関	
施設類型		**施設種別	
都道府県から役割指定を受けた日		(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り	
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日		(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り ※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日(帰国者・帰来者外来を指定する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。	
対象期間起日			
口座情報			
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない (助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)		債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。	
国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する		本事業は国保連合会のシステムを活用した慰労金交付を予定しています。交付の過程において、国保中央会保有の口座債権譲渡有無に係る情報が、都道府県に共有されることがあります。同意いただける場合は「はい」を選択してください。	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する		同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。	
金融機関名	金融機関コード	支店番号 (前番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄
			口座番号
			口座名義 (半角カタカナ) 姓と名の間に半角スペースを挿入
上記の口座情報を都道府県が本事業の振込に使用することに同意する		金融機関名を、リスト入力して下さい。 金融機関コードが表示されないか、正しくない場合は、手入力して下さい。	
<p>※今回の慰労金は、所得税法上の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、支給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。</p> <p>※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはございません。</p>			
慰労金交付申請額			
科目	人数	申請額 (円)	
慰労金		0	
振込手数料		0	
合計申請額 (円)		0	

(様式第6号__医療分野)

様式第6号
(文書番号)

(年 月 日)

鳥取県 知事殿

(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

1. 支給申請額 _____ 円

2. 添付書類

- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書（様式1）
- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳（様式2）

以上

(様式第A号__介護分野)

令和 年 月 日

(都道府県) 知事 殿

(法人名)
(役職・代表者名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に係る交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額： 千円

(内訳)

1. 介護慰労金事業	千円
2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業	千円
3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業	千円
4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業	千円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧（様式1及び別添）
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（様式2）
- 3 介護慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

【申請内容に関する連絡席】

申請法人住所	〒	
部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第1号_介護分野)

(様式1)事業所・施設別申請額一覧

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)					合計	審査 結果
							介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第1号 (別添) __介護分野)

(別添)事業所・施設別申請額一覧(サービス別一覧)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)					合計
								介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

(注)行が不足する場合には、「本申請書の使い方」に従って、行を追加すること。列の挿入は絶対に行わないこと。

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第2号_介護分野)

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護分)に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設概要

介護保険事業所番号		事業所名称				
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名
提供サービス		サービス種類コード		定員	人	職員数 (派遣含む)
事業区分	<input type="checkbox"/> 介護慰労金事業 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載		<input type="checkbox"/> 感染対策費用助成事業 → 2を記載 <input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載			

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合を除く) 債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	

支出予定額

1. 介護慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。

慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	人	振込手数料	申請額①	千円
						千円(千円未満切り捨て)	

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業

補助上限額	申請額	今回申請分②	千円
千円		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【感染症拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業

				申請額③	千円
利用者1人あたり単価 (居宅介護支援以外共通)	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人	
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人	
居宅介護支援のみ 右欄に記載	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人	
	電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500 円	対象利用者数	人	
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人	
	訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000 円	対象利用者数	人	

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額	今回申請分④	千円
千円		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

(注) 2. 及び4. の事業の申請額(今回申請分)は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第A号__障がい分野)

令和 年 月 日

(都道府県) 知事 殿

(法人名)
(役職・代表者名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に係る交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額 : 千円

(内訳)

1. 障害福祉慰労金事業	千円
2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業(多機能型簡易居室分を除く)	千円
2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業(多機能型簡易居室分に限る)	千円
3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業	千円
4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業	千円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧(様式1)
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に関する事業実施計画書(事業所単位)(様式2)
- 3 障害福祉慰労金受給職員表(法人単位)(様式3)

【申請内容に関する問い合わせ先】

部署名	
担当者氏名	
連絡先	電話番号
	e-mail

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第1号_障がい分野)

(様式1)事業所・施設別申請額一覧

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる 法人名	補助予定額(千円)					合計	審査 結果	
							障害福祉慰労 金	20万円 対象者の 有無	感染対策費用 助成事業 (多機能型居 宅を除く。)	感染対策費用 助成事業 (多機能型居 宅に限る。)	個別再開支援 助成事業			再開環境整備 助成事業
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

(注)行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に関する事業実施計画書

施設概要

事業所番号		事業所名称		電話番号		担当部署名	
所在地	都道府県名	住所	連絡先	電話番号		担当部署名	
提供サービス(プルダウンから選択)			定員	人	職員数 (派遣含む)	人	
事業区分		<input type="checkbox"/> 障害福祉慰労金事業 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載		<input type="checkbox"/> 感染対策徹底支援事業 → 2-1,2-2を記載 <input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載			

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用しての交付を予定しています。(債権譲渡がある場合を除く)
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	債権譲渡されていない場合は、左欄に✓を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

支出予定額

1. 障害福祉慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。

申請額①	千円
慰労金の区分・人数	20万円対象 0人 5万円対象 0人 振込手数料 千円 (千円未満切捨)

2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業
(多機能型簡易居室の設置に要する費用を除く。)

補助上限額	申請額	今回申請分②	#N/A	千円
#N/A	千円	既申請分		千円
【感染拡大防止対策やサービスの提供体制の確保のための経費】		年度合計額	#N/A	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業
(多機能型簡易居室の設置に要する費用に限る。)

補助上限額	申請額	千円
#N/A	千円	

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
工事請負費		
原材料費		
需用費		
役務費		
旅費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業

申請額③	千円
------	----

利用者1人当たり単価(計画相談支援及び障害児相談支援以外共通)	2,000 円	対象利用者数	人
計画相談支援	1,500 円	対象利用者数	人
障害児相談支援	2,500 円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における
環境整備への助成事業

補助上限額	申請額	今回申請分④	#N/A	千円
#N/A	千円	既申請分		千円
【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】		年度合計額	#N/A	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

注) 本慰労金に係る申請においては、赤枠部分のみを必須記入箇所とする。

(様式第4号)

口座振込依頼書

年 月 日

鳥取県知事 様

法人所在地 〒 _____

法人名 _____

代表者名 _____

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金については、下記の口座に振り込んでください。

記

振込希望口座

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

(様式第B号)

年 月 日

鳥取県知事 様

法人所在地 〒 —

法人名

代表者名

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金に係る支給申請書

標記について、次により慰労金を支給されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額： 千円

(添付書類)

- 1 慰労金受給職員表 (法人単位) (様式5)

【申請内容に関する問い合わせ先】

部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	電子メール	

(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： 年 月 日

鳥取県知事 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○)
		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ください。

【振込希望口座】

銀行・金庫 農協・漁協	本店・支店・出張所 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

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、再度ご確認ください。
- 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ください。
- ③添付資料に漏れが無いかご確認ください。
- 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。

(様式第E号)

第 年 月 日

(申請者住所)

様

鳥取県知事

印

年度鳥取県新型コロナウイルス緊急包括支援補助金等交付決定・概算払通知
及び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決定通知書

年 月 日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県新型コロナウイルス緊急包括支援補助金（介護分）（以下「本補助金」という。）及び鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年4月鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第6条第1項の規定及び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要領（令和2年7月〇日付鳥取県福祉保健部長通知。以下「要領」という。）第5条に基づき、下記のとおり交付・支給することに決定したので、規則第8条第1項及び要領第5条第1項の規定により通知します。

記

1 補助金交付決定通知

(1) 補助事業

本補助金の補助事業は、「鳥取県新型コロナウイルス緊急包括支援補助金（〇〇分）」とし、その内容は、申請書に記載のとおりとする。

(2) 交付決定額等

本補助金の算定基準額及び交付決定額総額は、次のとおりとする。ただし、補助事業の内容が変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

	算定基準額		交付決定額	
●●●● (補助事業名を記載)	金	円	金	円
●●●● (補助事業名を記載)	金	円	金	円
●●●● (補助事業名を記載)	金	円	金	円
●●●● (補助事業名を記載)	金	円	金	円
計	金	円	金	円

(3) 経費の配分

本補助金の補助対象経費の配分及びその配分された経費に対応する交付決定額は、申請書に記載のとおりとする。ただし、補助事業等の内容が変更された場合においては、別に通知するところによる。

(4) 補助金交付額の確定

本補助金の額の確定は、補助対象経費の実績額について、鳥取県新型コロナウイルス緊急包括支援補助金（〇〇分）交付要綱（令和2年7月〇日付第〇〇号鳥取県福祉保健部長通知）第3条第2項及び第6条第3項の規定を適用して算定した額と、前記2の(2)の交付決定額（変更された場合は、変更後の額とする。）のいずれか低い額により行う。

(5) 補助規程の遵守

本補助金の収受及び使用、補助事業の遂行等に当たっては、規則及び要綱の規定に従わなければならない。

(6) 概算払額等

①概算払額

②概算払いの時期

2 慰労金支給決定通知

本慰労金の支給決定総額 金〇〇〇円

(様式第F号)

番 号
年 月 日

様

鳥取県知事 印

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決定通知書

年 月 日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、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要領（令和2年7月〇日付福祉保健部長通知。以下「要領」という。）第5条に基づき、下記のとおり支給することに決定したので、要領第5条第1項の規定により通知します。

記

1 支給決定額等

本慰労金の支給決定額は、次のとおりとする。ただし、事業の内容が変更された場合におけるその額については、別に通知するところによる。

支給決定総額 金 円

2 慰労金の支給対象者

本慰労金の支給対象者は、申請書に記載のとおりとする。ただし、申請内容が変更された場合においては、別に通知するところによる。

3 要領の遵守

本慰労金の收受及び支給事務の遂行等に当たっては、要領の規定に従わなければならない。

(様式第G号)

番
年 月 日
号

様

鳥取県知事 印

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決定通知書

年 月 日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、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要領（令和2年7月〇日付福祉保健部長通知。以下「要領」という。）第5条に基づき、下記のとおり支給することに決定したので、要領第5条第1項の規定により通知します。

記

1 支給決定額等

本慰労金の支給決定額は、次のとおりとする。

支給決定額 金 円

2 要領の遵守

本慰労金の受給に当たっては、要領の規定に従わなければならない。

(様式第H号__医療分野)

番
年 月 日

鳥取県知事 様

印

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（医療分野）実績報告書

年 月 日に申請し、年 月 日に支給決定のあった鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、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要領第6条に基づき、下記のとおり支給実績を報告します。

記

1 総支給額等

本機関における本慰労金の支給実績総額は、次のとおりである。

支給実績総額 金 円

2 支給対象者

支給対象者は支給決定のあった全員である。

3 支給日

支給を開始した日：

支給を完了した日：

(添付書類)

- ・様式第7号
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・その他

(様式第7号_医療分野)

様式第7号

【医療機関→都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要

医療機関 コード	：	：	：	：	：	：	：	施設名称			
連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号			連絡先メールアドレス			

所在地	都道府県名	市区町村以降	
	鳥取県		

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金		
振込手数料		
慰労金給付済額 (円)		
慰労金給付決定額 (円)		
精算額		

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめどに、各都道府県慰労金担当窓口上添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（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）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

(様式第 I 号__介護・障がい分野)

番
年 月 日
号
日

鳥取県知事 様

印

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（介護・障がい分野）実績報告書

年 月 日に申請し、年 月 日に支給決定のあった鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、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要領第 6 条に基づき、下記のとおり支給実績を報告します。

記

1 総支給額等

本機関における本慰労金の支給実績総額は、次のとおりである。

支給実績総額 金 円

2 支給対象者

支給対象者は支給決定のあった全員である。

3 支給日

支給を開始した日：

支給を完了した日：

(添付書類)

・様式第 3 号

(様式第 J 号)

番
年 月 日
号

鳥取県知事 様

印

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金実績報告書

年 月 日に申請し、年 月 日に支給決定のあった鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金（以下「本慰労金」という。）については、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要領第 6 条に基づき、下記のとおり支給実績を報告します。

記

1 総支給額等

本機関における本慰労金の支給実績総額は、次のとおりである。

支給実績総額 金 円

2 支給対象者

支給対象者は支給決定のあった全員である。

3 支給日

支給を開始した日：

支給を完了した日：

(添付書類)

・様式第 5 号

(参考様式(様式第3号の1_医療分野))

様式第3号の1

鳥取県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数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都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

を代理申請・受領者と定め、

新型コロナウイルス感染症対応従事者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、都道府県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、都道府県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、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名(漢字)	生年月日	住所(自署)	申請及び受領を委任する金額
1		印		
2		印		
3		印		
4		印		
5		印		
6		印		
7		印		
8		印		
9		印		
10		印		
11		印		
12		印		
13		印		
14		印		

(参考様式 (様式第3号の2_医療分野))

様式第3号の2

鳥取県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

所 属：
氏 名：(自署)
住 所：(自署)
生年月日：

私は、下記の事項を確認・誓約し、
代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金
の申請及び及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給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機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 鳥取県 知事に慰労金を返還すること。

(注意事項)

この委任状は、都道府県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、都道府県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、適切に保管しなければなりません。

(参考様式 (様式第4号の1_医療分野))

(※代理受領不可の場合)
様式第4号の1

鳥取県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数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都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県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、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名(漢字)	生年月日	住所(自署)	申請を委任する金額
1		印		
2		印		
3		印		
4		印		
5		印		
6		印		
7		印		
8		印		
9		印		
10		印		
11		印		
12		印		
13		印		
14		印		

(参考様式 (様式第 4 号の 2 __医療分野))

(※代理受領不可の場合)
様式第4号の2

鳥取県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金 (医療分) における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

所 属 :
氏 名 : (自署)
住 所 : (自署)
生年月日 :

私は、下記の事項を確認・承諾し、
代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 円の申請
に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給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機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 鳥取県 知事に慰労金を返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県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、適切に保管しなければなりません。

(参考様式 (様式第 5 号_医療分野))

様式第5号
(文書番号)

令和2年×月××日

殿

株式会社◎◎

◎◎◎◎

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を記載してください)

なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振込みいただくようお願いします。

記

◎◎銀行 ◎◎支店
普通 1 2 3 4 5 6 7
名義 ◎◎◎◎

(参考様式__介護・障がい分野)

新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金

代理受領委任状

令和 年 月 日

鳥取県知事 平井 伸治 様

委任者 住 所 〒 —

氏 名

電話番号 — —

印

受任者 法人所在地 〒 —

法 人 名

代表者名

私は、下記の事項を確認・承諾し、上記受任者を代理受領者と定め、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要領の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 私は、医療・介護・障害の慰労金について、他の事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への直接の給付申請を行いません。
2. 当該慰労金について、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・この委任状は、慰労金を代理受領する職員ごとに作成して下さい。
- ・事業所等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、支給要領第4条に定める方法により申請書を提出して下さい。
- ・この委任状は、県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理受領を証するものとして、県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部又は事業所等において、適切に保管しなければなりません。