

医療従事者等慰労奈良市プレミアム付商品券交付申請書

| | | |
|-----|--|--|
| 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) |
|-----|--|--|

施設概要

| | | | |
|------------------|--|------|--|
| 医療機関コード (10桁) | | 施設名称 | |
|------------------|--|------|--|

| | | |
|-------|--|----------------|
| 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 | 市区町村名 | 市区町村以降 |
|-----|------|--|--|--|-------|-------|--------|
| | | | | | 奈良県 | 奈良市 | |

交付対象者数

| 医師 | 看護師 | 技師 | 医療事務 その他職員 | 合計 |
|----|-----|----|------------|----|
| | | | | |

本申請書は、市内の医療機関(病院、診療所(歯科診療所を含む。))に勤務し患者と接する医療従事者や職員の方に対する慰労として、**奈良市プレミアム付商品券を交付する奈良市独自の事業**の申請書になります。
 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、県から役割を設定された医療機関等に勤務し患者と接する医療従事者や職員の方、その他病院、診療所等に勤務し患者と接する医療従事者や職員の方に**慰労金が給付される「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」**については、**別途申請が必要になります。**

※ 「交付対象者数」には、対象期間(令和2年1月28日から6月30日までの間)に10日以上勤務し、患者と接する医療従事者や職員の人数を、職種ごとに
入力してください。

※ 1日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として参入しません。

※ 複数の医療機関で勤務した場合は原則、主として勤務する医療機関で申請ください。(お一人一回限りの交付となります。)

※ 申請内容に虚偽があった場合又は二重に商品券の交付を受けた場合は、不当利得として返還を求めることがあります。