様式第１号（第５条関係）

築上町新型コロナウイルス感染症対策医療機関等支援給付金支給申請書

令和　　　年　　　月　　　日

築上町長　様

＜　申　請　者　＞

法人名（屋号）

住　　　　　所

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

（電話番号　　　　－　　　　－　　　　）

　次のとおり、新型コロナウイルス感染症対策医療機関等支援給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　支給申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　（職員（従事者）数　　　　　　　人）

２　区　　　分　　（　　病院及び診療所　　・　　歯科診療所　　・　　薬局　　・　　介護サービス事業所

障がい者（児）福祉サービス事業所　　・　　保育所（園）　　・　　幼稚園

鍼灸院等　　・　　整骨院等　　　）

３　給付金振込口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行信用金庫農協漁協 | 口　　　座 | フリガナ |  |
| 名義人 |  |
| 本店支店支所 | 種別 | １普通　　　２当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ゆうちょ銀行 | 貯金通帳の見開きの下の他金融機関からの振込の受取口座として利用する際の情報を記入してください。 | 口　　　座 | フリガナ |  |
| 名義人 |  |
| 店名 |  | 種別 | １普通　　２当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

【添付書類】 職員（従事者）名簿（別紙様式2号）

　　　　　　　　開業（営業）許可証等、鍼灸院等及び整骨院等ついては免許の写し