

愛知県知事 殿

年 月 日

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: 愛知医科大学病院

氏 名:(自署) _____

住 所:(自署) _____

生年月日:(自署) _____

私は、下記の事項を確認・誓約し、愛知医科大学病院病院長藤原祥裕を代理申請・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200,000円の申請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、不当利得として速やかに 愛知県知事 に慰労金を返還すること。

年 月 日

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・受領委任状について

愛知医科大学病院を通じて、上記交付金の申請と給付を行いますので、以下の必要事項について記載してください。

- (1) 氏名（手書きで自署してください）（記入例）愛知 花子 _____
- (2) 氏名カナ（手書きで自署してください）（記入例）アイチ ハナコ _____
- (3) 性別（男：1 女：2）（記入例）2 _____
- (4) 生年月日（西暦で記載）（記入例）1990/08/01 _____
- (5) 勤務期間 2020年1月26日から6月30日までの期間に 10日以上・10日未満
おける延べ勤務日数（10日以上であること） ※マルをつける
- (6) 振込口座 金融機関名等 _____ 銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合
※マルをつける
- 支店名等 _____ 支店・出張所 ※マルをつける
- 口座番号 普通

1	2	3	4	5	6	7	
- 口座名義 _____ (1)の氏名と同一であること。
- 口座名義カナ _____
- (7) 連絡先 TEL _____ Email _____

【郵送先】

〒480-1195

愛知県長久手市岩作雁又1-1

愛知医科大学病院病院管理課

【お問い合わせ先】

(代表) 0561-62-3311