

宮古島市新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等支援金支給職員表

※本紙は医療機関単位でまとめて記載すること。

記入例

医療機関等名 **宮古内科医院** 法人名 **〇〇法人〇〇〇会** 印

法人の印鑑を押印して下さい。

※下記の表で行が足りない場合は追加して下さい。（行の追加以外、表のレイアウト等を変更しないで下さい。）

※申請時に「支払実績」欄は記入しないで下さい。（実績報告時に再度本紙の提出が必要となります。その際には申請者から「受領年月日」及び「受領サイン」への本人記入してもらい提出して下さい。）

※1 本表内の「申請対象者の個人口座」については、「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出来ない医療機関である場合のみ記入。

※ ※1に該当する場合のみ、本表は紙とデータでの提出をお願い致します。データ送信についてのメールアドレスについては、電話でお問い合わせ下さい。（TEL：73-1978）

※ 本紙の提出にあたっては、申請する医療機関等の振込を希望する口座番号等が明確にわかる通帳の写しを添付して下さい。また、※1に該当する場合のみ、申請対象者の通帳の写しを添付して下さい。

No.	氏名 (漢字)	フリガナ (全角カナ)	生年月日 (西暦)	性別 男1 女2	本人の住所 (令和2年10月1日現在の住民票登録住所)	確認事項			申請対象者の個人口座 ※1						振込手数料	支払実績		
						他の施設等との期間 (通算がある場合、その施設名)	委任状の有無	他法人での支援金の申請の有無	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店番号 (店番)	預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号		口座番号 (半角カタカナ) 姓 と名の間に半角スペースを入れる。	受領年月日 (自署)	受領サイン (自署)
1	宮古島 三郎	ミヤコジマサブロウ	1970年12月31日	1	宮古島市〇〇字〇〇1234 〇〇〇アパート〇〇号室		有	無										
2	城辺 夏子	グスクベ ナツコ	1999年1月1日	2	宮古島市〇〇字〇〇222 宮古団地〇〇号室		有	無										
3					宮古島市													
4					宮古島市													
5					宮古島市													
6					宮古島市													
7					宮古島市													
8					宮古島市													
9					宮古島市													
10					宮古島市													
11					宮古島市													
12					宮古島市													
13					宮古島市													
14					宮古島市													
15					宮古島市													
16					宮古島市													
17					宮古島市													
18					宮古島市													
19					宮古島市													
20					宮古島市													
21					宮古島市													
22					宮古島市													
23					宮古島市													
24					宮古島市													
25					宮古島市													

番号を記載して下さい。

必ず本人に確認し誤りがない様にして下さい。

委任状がないと申請の対象となりませんので、必ず委任状をもらって下さい。

必ず本人に確認し誤りがない様にして下さい。他の医療機関等から申請している場合、返還が生じますので、その様なことがないように注意して下さい。

「申請対象者の個人口座」の記載対象者となりえるのは、南静園と宮古病院のみです。

必ずフルネームで書くようにして下さい。