

# 記入例

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

宮古島市長 様

医療機関名等 宮古内科医院  
法人名 医療法人〇〇〇会  
管理者（職名/氏名）理事長 宮古 太郎 印

法人の管理者名を記載し法人の  
印鑑を押印して下さい。

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交付申請書

標記の件について、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 253,025円

下記の人数×50,000円＋振  
込手数料の額を記載  
（対象人数が5人であれば  
5×50,000円＋手数料。）

（内 訳）

対象人数 5 人（1人当たり50,000円）

振込手数料 3,025円

各金融機関へ振込手  
料の額を確認し、合計  
額を記載して下さい。

2. 添付書類

- ・医療機関関連情報（様式第4号）
- ・宮古島市新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援金支給職員表（様式第5号）

※申請時に支払実績は記入しないようにお願いします。