

## 令和3年中之条町地域商品券(医療従事者等)交付申請書

申請日	令和 3 年 月 日
-----	------------

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				住 所			
	3	7	7	-	吾妻郡中之条町大字			

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、町内の医療機関(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、「令和3年中之条町地域商品券」を交付する中之条町独自の事業の申請書になります。

※ 「交付対象者数」には、対象期間(令和3年1月1日から3月31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。