

様式第3号

令和3年中之条町地域商品券(新型コロナウイルス感染症対応医療従事者分)個別申請書

申請日	令和 3 年 月 日
-----	------------

吾妻郡中之条町長 様



○ 申請者の氏名等

(フリガナ) 氏名	現住所	生年月日
	吾妻郡中之条町大字	明治・大正・昭和・平成
署名(又は記名押印) Ⓜ	日中に連絡可能な電話番号 ( )	年 月 日
	電子メールアドレス: @	

○ 対象期間内に勤務していた医療機関等の情報

名称	医療機関コード	住所

○ 対象期間内の勤務先医療機関等における申請者の業務内容等(※医療機関等に記載してもらうこと)

勤務先医療機関等での所属部門・部署	勤務先医療機関等での職種
勤務先医療機関等における主な業務内容	令和3年1月1日～3月31日までの勤務日数 日
当該医療機関等の証明	〇〇病院 院長 〇〇〇〇 Ⓜ

※1カ所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、勤務した日数を合算できますが、その場合にはこの用紙を追加して表面の氏名等の欄及び対象期間に勤務していた医療機関等が記載する欄に記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出してください。

下記の事項に同意の上、商品券を申請します。

- 中之条町外の医療機関に勤務の場合には、基準日(令和3年4月26日)に住居基本台帳に登録されている必要があります。
- 当該医療機関等での勤務実態が商品券の給付条件を満たしていない場合は、申請できません。  
※ 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  
※ 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。
- 複数の医療従事者分商品券の申請を行うことはできません。
- 中之条町が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、当該申請が取り下げられたものとみなします。
- 商品券の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合又は複数から商品券の給付を受けた場合は、商品券を不当利得として返還していただきます。
- 商品券は申請された住所にお届けします。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出てください。

★裏面にも記載が必要な箇所があります。

(申請書裏面)

本人確認書類

写し貼り付け

・運転免許証のコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー 等

### チェックリスト

(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ② 添付資料に漏れがないか御確認ください。
- ③ 医療機関等からは商品券の申請は行いません。
- ④ 中之条町以外の医療機関に勤務の場合には、基準日(令和3年4月26日)に住民基本台帳に登録されていることが、商品券の給付条件であることを確認しました。
- ⑤ 商品券の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数の商品券の給付を受けた場合は、商品券の返還をしなければならないことを確認しました。