

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る介護従事者慰労金申請書

受付印

申請日 令和 3 年 1 月 8 日

申請日を記入してください。

30,000円

岡山市長殿

①申請者の氏名等

署名(又は記名押印)	現住所	生年月日
フリガナ <b>オカヤマ タロウ</b>	〒 700-8544	大正・昭和・平成
<b>岡山 太郎</b>	<b>岡山市北区大供一丁目1-1</b>	<b>40 年 1 月 1 日</b>
日中連絡可能な電話番号	△△△-△△△△-△△△△ (自宅・勤務先(携帯))	

※申請書の不備による振り込み不能等があった際、市が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われず、給付対象者の責めに帰すべき事由により給付ができなかった場合、当該申請は取り下げられたものとみなさせていただきます。必ず日中に連絡が取れる電話番号のご記入をお願いします。

②対象期間内に勤務していた介護サービス事業所の情報等

期間内に利用者宅を訪問した日数を記入してください。

※太枠内は勤務していた介護サービス事業所の管理者又は開設者に記載してもらってください。

勤務先の名称	所在地	令和2年3月22日から6月30日までの勤務日数
<b>〇〇薬局△△店</b>	<b>岡山市北区〇〇〇一丁目△番□号</b>	<b>5日</b>
勤務先での職種に○をしてください	病院・診療所である居宅療養管理指導事業所の場合 薬局である居宅療養管理指導事業所の場合 (介護予防)福祉用具貸与、(介護予防)福祉用具販売の場合	医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士 <b>薬剤師</b> 福祉用具専門相談員
勤務先の証明(内容に相違ないことを認めます)	法人名 <b>〇〇〇〇</b> 代表者職名 <b>△△△△</b>	法人代表者印

勤務先、勤務日数及び職種について、法人代表者名で証明してください。

※勤務日数は、令和2年3月22日から6月30日までの間、「利用者との接触」を伴った勤務した日数をご記入ください。  
※年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入されません。  
※欄が不足する場合は、複数枚ご記入いただき、ホチキス止め等により、まとめてご提出ください。

誓約・同意事項

※必ずご確認ください。

- ①事業所での従事状況が慰労金の給付要件を満たしていない場合は、申請できません。
- ②2つ以上の事業所からの給付申請を行うことはできません。また、新型コロナウイルス関連の国の慰労金を含め、複数の慰労金の申請を行うことはできません。
- ③申請書の不備による振込不能等があり、市が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われず、給付対象者の責に帰すべき事由により給付ができなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなします。
- ④慰労金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機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
- ⑤慰労金は、申請された口座に給付します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出て下さい。
- ⑥暴力団員の場合は申請できません。

【受取口座記入欄】 ※慰労金の振込先口座は、申請者ご本人の口座に限ります。

金融機関名	支店名	支店コード	分類
<b>ゆうちょ</b> 銀行 信連 金庫 農協 信組	<b>五四八</b>	<b>548</b>	<b>普通</b> 当座
口座番号(右詰で記載)	(フリガナ) 口座名義		
<b>0 1 2 3 4 5 6</b>	<b>オカヤマ タロウ</b> <b>岡山 太郎</b>		

申請者ご本人の口座を記入してください。

**本人確認書類** コピー貼り付け又はA4サイズでコピーしてホチキス止め

・運転免許証 又は マイナンバーカード 又は 健康保険証 等

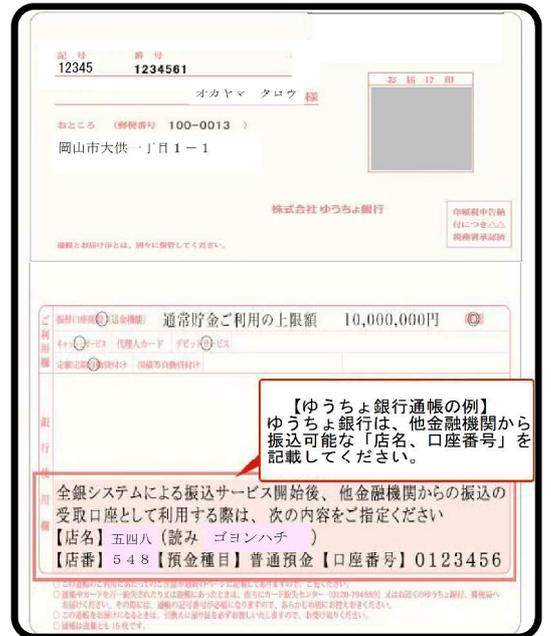
- 運転免許証は、裏面にお名前・ご住所の訂正がある場合は、裏面のコピーもお願いします。
- マイナンバーカードは、写真のあるおもて面のコピーをお願いします。**マイナンバーの記載がされているうら面のコピーを取らないようご注意ください。**
- 健康保険証は、お名前と生年月日のわかる面のコピーをお願いします。

**振込先金融機関口座確認書類** コピー貼り付け又はA4サイズでコピーしてホチキス止め

・金融機関の預金通帳 又は キャッシュカード 等

ゆうちょ銀行通帳の例

- 預金通帳は、表紙をめくった次のページで、口座名義のカナがわかるページのコピーをお願いします。
- キャッシュカードのコピーは、金融機関名、支店コード、口座番号、口座名義人名が読み取れるよう、コピー画質にご配慮ください。



チェック欄に✓  
記入できているか、  
確認してください。

**チェックリスト**

目について必ず確認いただき、チェック欄 (□) にレをご記入ください

- ①他の事業所等から慰労金の申請を行っていません。
- ②国の慰労金を含め、他の慰労金の申請を行っていません。
- ③慰労金対象の介護事業所において、5日以上10日未満、慰労金の目的に照らし、「利用者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に合致する状況下で勤務しました。
- ④記入漏れ、記載誤りがないことを確認しました。