

【医療機関→都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要												
医療機関コード (10桁)	0	9	1	2	3	4	5	6	7	8	施設名称	医療法人社団 △△病院
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		
	〇〇部			〇〇 〇〇			028-XXX-XXXX			〇〇〇〇@〇〇. 〇〇		

所在地	都道府県名	市区町村以降
	栃木県	〇〇市△△町1120

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金	15	750,000
振込手数料		3,000
慰労金給付済額 (円)		753,000
慰労金給付決定額 (円)		755,000
精算額		2,000

慰労金を給付した合計人数、合計給付額を記載してください。

慰労金の振込手数料の金額を記載してください。

慰労金と振込手数料の合計金額を記載してください。

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

給付決定額（振込額）と実際に給付した額の差額を記載してください。なお、給付済額が給付決定額より上回った場合は、精算額は0となります。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめどに、各都道府県慰労金担当窓口へ添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

【医療機関→都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要

医療機関コード (10桁)		施設名称		
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	都道府県名	市区町村以降

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金		
振込手数料		
慰労金給付済額 (円)		
慰労金給付決定額 (円)		
精算額		

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめぐりに、各都道府県慰労金担当窓口へ添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・ 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・ 慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

(記載方法・記載例)

紙申請用

様式第8号

(文書番号)

令和2年×月××日

栃木県知事

様

実績報告書の提出年月日を記載
してください。

文書番号を
管理されて
る場合はこ
ちらへ記載
してください。

〇〇市△△町1120

医療法人社団 △△病院

病院長 厚生太郎

(押印省略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

添付書類

- ・実績報告書（様式第7号）
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・要した振込手数料にかかる証憑
- ・その他

以上

令和 年 月 日

栃木県知事 様

所在地：

施設名称：

管理者名：

(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

添付書類

- ・ 実績報告書（様式第7号）
- ・ 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・ 要した振込手数料にかかる証憑
- ・ その他

以上