

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 個別申請書兼請求書

様式第9号

申請日	令和 年 月 日
対象期間内に勤務していた医療機関等の所在する都道府県に提出	
栃木県知事	様

申請額: 20万円・10万円・5万円  
(※いずれかに○)

受付印

○ 申請者の氏名等

(フリガナ) 氏名	現住所	生年月日
	〒	明治・大正・昭和・平成
	日中に連絡可能な電話番号 ( )	年 月 日
(印)	電子メールアドレス:	

※押印必須

○ 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
起点(※)から6月末までの勤務日数	(新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合) 当該患者1例目受入以降6月末までの勤務日数	当該医療機関等の類型(いずれかに○)
日	日	新型コロナ受入医療機関・帰国者接触者外来・地域外来検査センター・宿泊療養・自宅療養・訪問看護・助産所・上記以外
当該医療機関等の証明		(印)

※栃木県は令和2年2月11日

※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るが、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すること。

下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ① 当該医療機関等での勤務実態が慰労金の給付条件を満たしていない場合は、申請できません。
- ② 複数の慰労金の申請を行うことはできません。
- ③ 栃木県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込みが完了せず、かつ、申請期限までに、栃木県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、栃木県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から慰労金の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支給します。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。

【受取口座記入欄】(長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

※通帳番号の記載誤りがないか再度御確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座		
ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※ 欄に御記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください)	(フリガナ) 口座名義	
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開きを上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。	1 0 ※			

※申請書の提出先: 栃木県保健福祉部医療政策課医療指導担当(郵送または持参)

★裏面にも記載が必要な箇所があります。

**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

**振込先金融機関口座確認書類  
写し貼付け**

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー  
または  
キャッシュカードのコピー等

**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 特に、御記入いただいた口座番号と添付した通帳等のコピーの口座番号が一致することを御確認ください。
- ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。
- ④ 医療機関等からは慰労金の申請は行いません。
- ⑤ 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、複数の慰労金の給付を受けた場合は、慰労金の返還をしなければならないことを確認しました。