

福岡県新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金(医療分) 受領確認書

医療機関名 (申請機関)	
給付決定日 (給付決定通知書の日付)	令和 年 月 日
給付(受領)額 (振込手数料含む)	円
受領者の区分	<input type="checkbox"/> 所属職員 <input type="checkbox"/> 委託業者等()

口座振込による給付が分かる資料(明細書等)を貼付してください。
※手数料がある場合は手数料の額が確認できる資料も貼付してください。

※実績報告書(参考様式第8号)に添付して提出すること(写しで可。原本は保管すること)。