第３号様式（第４条関係）

# 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金個人用申請書

| 申請日 | 年　　月　　日 |
|---|---|

| 対象期間内に勤務していた事業所・施設等の所在する都道府県 |
|---|
| 奈良県知事　殿 |

受付印

| 介護・障害の別 | 介護　・　障害 |
|---|---|

（いずれかを○で囲んでください）

①申請者の氏名等

| （フリガナ）<br>氏　　名 | 現　住　所 | 生年月日 |
|---|---|---|
| 印 | 〒 | （明治・大正・昭和・平成）<br>年　月　日 |
| 日中連絡可能な電話番号 | （　　） | （自宅・勤務先・携帯） |
| 電子メールアドレス | | |

②対象期間内に勤務していた施設・事業所の名称等

| 勤務先の名称 | 事業所番号 | 住所 |
|---|---|---|
| | | |

③申請額等

| 申請額 | ５万円　・　２０万円 |
|---|---|

（該当する金額を○で囲んでください）

| 裏面の申請額フローチャートの該当番号に○をつけてください | 重複申請の有無 |
|---|---|
| ①　・　②　・　③ | 有　・　無 |

④勤務先における申請者の業務内容等　※事業所・施設において記載してもらうこと

| 勤務先での職種 | サービス種類 | 利用者との接触の有無 |
|---|---|---|
| | | 有　・　無 |
| 起点（※）から６月末までの勤務日数 | 勤務先における主な業務内容 | |
| | | |

| 勤務先の証明 | 法人名 | 代表者名 | 印 |
|---|---|---|---|

※起点は、奈良県においては令和２年１月２８日となります。

**注：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①（申請者の氏名と印及び生年月日のみで可）、②、④の欄を記載したものを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当該介護サービス事業所・施設及び障害福祉サービス事業所・施設での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。

②医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス事業所・施設等、障害福祉サービス事業所・施設等及び医療機関等からの給付申請や奈良県への給付申請を行うことはできません。

③奈良県が、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が完了せず、かつ、申請期限までに、奈良県が申請者に連絡をしようとしても連絡がとれない場合には、奈良県は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下さい。

【受取口座記入欄】　※長期間入出金のない口座を記入しなこと

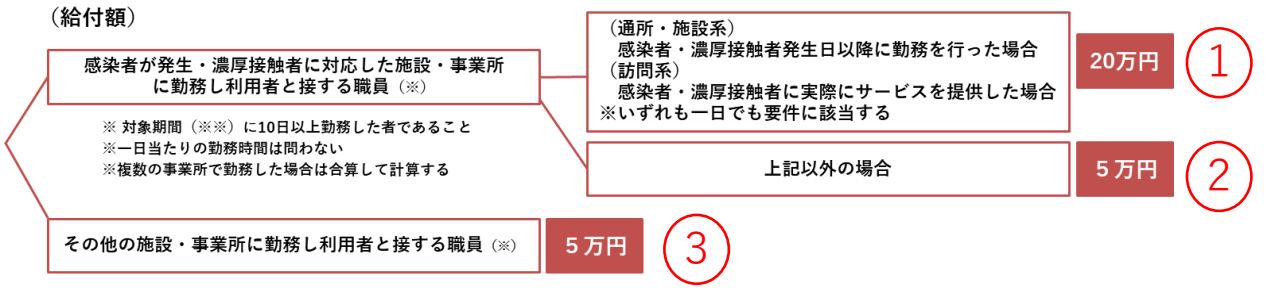
| 金融機関名<br>（ゆうちょ銀行を除く） | 支店名 | 分類 | 口座番号<br>（右詰で記載） | （フリガナ）<br>口座名義 |
|---|---|---|---|---|
| 1.銀行　5.農協<br>2.金庫　6.漁協<br>3.信組　7.信漁連<br>4.信連 | 本・支店<br>本・支所<br>出張所 | 1 普通<br>2 当座 | | |
| | 支店コード | | | |

| ゆうちょ銀行 | 通帳記号<br>（6行目がある場合は※に記載） | | 通帳番号<br>（右詰で記載） | （フリガナ）<br>口座名義 |
|---|---|---|---|---|
| ゆうちょ銀行を選択した場合は、**貯金通帳の見開き左上**または**キャッシュカードに記載された記号・番号**を記載すること | ※ | | | |

★裏面にも記載箇所があります

（申請書裏面）

## ○慰労金の申請額フローチャート




（※※）対象期間：当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者１例目発生日又は受入日（★）のいずれか早い日（岩手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた４／１６）から６／３０までの間
★　チャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。
奈良県の１例目発生日は令和２年１月２８日です

**本人確認書類　写し貼り付け**

・運転免許証のコピー　・マイナンバーカードのコピー　・健康保険証のコピー　等

**振込先金融機関口座確認書類　写し貼り付け**

・通帳（口座番号が書かれた部分）又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確認し、確認後はチェック欄（□）にレを入れること）

- □ ①記載漏れや記載誤りがないか、再度ご確認下さい。
- □ ②記入した口座番号と添付した通帳のコピーの口座番号が一致することをご確認下さい。
- □ ③添付資料に漏れが無いかご確認下さい。
- □ ④医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス施設・事業所等及び医療機関等からは慰労金の申請はいません。
- □ 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。