第１－１号様式

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金代理申請・受領委任状

奈良県知事　　殿

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者 | 所属 |  |
|  | 氏名（自著） |  |
|  | 住所（自著） |  |
|  | 生年月日(自著) | 昭和 ・ 平成 年　　 　月　　 　日 |

　私は、下記の事項を確認・誓約し、次の者を代理申請・受領者と定め、奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の給付申請及び受領に関する権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受任者 | 法人名 |  |
| 管理者職・氏名 |  |
| 委任する金額 | ５万円　　１０万円　　２０万円 |

記

１　今回の新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関及び介護施設・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。

２　申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、速やかに奈良県知事に慰労金を返還すること。

|  |
| --- |
| （注意事項）　・この委任状は、慰労金を代理申請・受領する職員ごとに作成してください。・この委任状は、申請書とともに提出してください。　（医療機関等において必要な場合は、２部作成して１部保管するか控えを保管して　　ください。） |