令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所在地　　　　　　　　：

医療機関又は事業所名　：

（法人の場合は法人名）：

代表者職・氏名　　　　：

新型コロナウイルス感染症患者に対する

往診等協力金申請書

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

協力金申請額　　　　　金　　　　　　　　　　円（令和　年　　月実施分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  |  | （フリガナ） |
|  |

【銀行振込先】

（添付書類）

・新型コロナウイルス感染症患者に対する診療報告書および協力金請求明細書（別紙）

発行責任者　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者　　　　：

電話　　　　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　メールアドレス：