新型コロナウイルス感染症見舞金支給申請書

公益社団法人東京都看護協会会長　殿

下記の新型コロナウイルス感染症見舞金10,000円の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 申請年月日 |
| 東京都看護協会  会員番号 | |  |  | |  |  | |  | |  | | |  |
| 勤務先  住所  電話番号 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | 電話 | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 申請者自宅  住所  電話番号 | 住　所 | 〒 | | | | | 電話 | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 就業不能期間 |  | | | | | | | | ～ | | |  | |
| 所属長の証明 | 上記のとおりであることを証明します。 | | | | | | | | | | | | |
| 証明年月日 | | |  | | | | | | | | | |
| 所属施設名 | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | |
| 長の氏名 | | |  | | | | | | | | | |
| 長の職 | | |  | | | | | | | | | |
| 長の電話番号 | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 見舞金送付先 | □　勤務先 | □　ご自宅 |

＊送付先にチェックが無い場合はご自宅へ送付となります。