

様式第1号（第7条関係）

聖籠町新型コロナウイルス感染症傷病給付金支給申請書（申請者記入用）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|---|---|----|----|------|----------|-------|----|--------|----|----|----|----|----|----|---|----|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証の記号番号 | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者 | 氏名 | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 聖籠町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業種 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 帰国者・接触者相談センターへの相談日 | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の受診日 | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 年 月 日 から | | | | | 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養期間のうち、事業を営むことができなかった日を○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 | | | | | | | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | 31 | | | | | | |
| 年 月 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 | | | | | | | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | 31 | | | | | | |
| 振込先 | 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 （利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 銀行・農協・本店・支店 信金・信組・労金 出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | 普通当座 | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | 電話番号 | — | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、添付書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 聖籠町長 様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔申請者〕住所 聖籠町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者以外の方の口座に振り込む場合は、下記の委任欄の記入をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任欄 | 受任者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受任者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 委任者氏名（申請者） | 支給金額の受領を上記の者に委任します。 | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

（添付書類）・事業収入等を証明する書類（確定申告書の控え等）

・新型コロナウイルス感染症に感染し、療養した期間を確認できる書類（診断書、自宅療養証明書等）

| | | |
|--------|-------|---|
| 保険者記入欄 | 支給決定額 | 円 |
|--------|-------|---|