

被保険者証の記号番号		0 9 9 9 9 9 9 9									
療養を受けた被保険者	氏名	聖籠 太郎			生年月日	S64 年 1 月 1 日					
	住所	聖籠町 大字諏訪山1635番地4									
業種		居酒屋									
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		R 4 年 9 月 27 日									
療養期間		R4 年 9 月 27 日 から R4 年 10 月 3 日 まで 7 日									
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。											
R4 年 9 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								2 日	
R4 年 10 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								3 日	
振込先	金融機関名	セイロウ			銀行・農協・信金・信組・労金			スワヤマ		本店・支店・出張所	
	口座番号	普通当座	9 9 9 9 9 9 9 9								
	口座名義人	フリガナ	セイロウ ハナコ			電話番号		27 — 2111			
氏名		聖籠 花子									
上記のとおり、添付書類を添えて申請します。											
R4 年 10 月 8 日											
聖籠町長様											
〔申請者〕住所 聖籠町大字諏訪山1635番地4											
氏名 聖籠 太郎											
※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	聖籠町大字諏訪山1635番地4									
	受任者氏名	聖籠 花子									
	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。					R4 年 10 月 8 日				
氏名		聖籠 太郎									

（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
--------	-------	---