

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 給付申請書(個人用)

様式9

申請日	令和 年 月 日
対象期間内に勤務していた医療機関が東京都である場合	
東京都知事殿	

申請額: 20万円・10万円・5万円
(※いずれかに○)

受付
印

○ 申請者の氏名等

(フリガナ) 氏名	現住所	生年月日
署名(又は記名押印)	東京都●●区...	明治・大正・昭和・平成
①	日中に連絡可能な電話番号 ()	年 月 日
	電子メールアドレス:	

○ 対象期間内に勤務していた医療機関等の情報

名称	医療機関コード	住所

○ 対象期間内の勤務先医療機関等における申請者の業務内容等(※医療機関等に記載してもらうこと)

勤務先医療機関等での所属部門・部署	勤務先医療機関等での職種	勤務先医療機関等における主な業務内容
起点(※)から6月末までの勤務日数	(新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合) 当該患者1例目受入以降6月末までの勤務日数	当該医療機関等の類型(いずれかに○)
日	日	新型コロナ受入医療機関・帰国者接触者外来・地域外来検査センター・宿泊療養・自宅療養・訪問看護・助産所・上記以外
当該医療機関等の証明	○○病院 院長 ○○○○ ①	

※起点は、当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日のいずれか早い日(新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」患者を受け入れた医療機関等の所在地の都道府県においては、当該患者を受け入れた日を含む。)とし、第1例目発生日が緊急事態宣言の対象地域とされた日以降の都道府県、又は第1例目発生日がなかった都道府県においては、当該都道府県が緊急事態宣言の対象地域とされた日となります。

※1カ所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、勤務した日数を合算できるが、その場合にはこの用紙を追加して表面の氏名等の欄及び対象期間に勤務していた医療機関等が記載する欄に記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出すること。

下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ① 当該医療機関等での勤務実態が慰労金の給付条件を満たしていない場合は、申請できません。
- ② 複数の慰労金の申請を行うことはできません。
- ③ 都道府県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込みが完了せず、かつ、申請期限までに、都道府県が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、都道府県は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- ④ 慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合又は複数から慰労金の給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
- ⑤ 慰労金は申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出てください。

【受取口座について】

- 東京都が別途用意する「支払金口座振替依頼書」にご記入ください。
 - 東京都公金収納取扱金融機関である口座をご記入ください。
 - 長期間入出金のない口座を記入しないでください。
- ※通帳番号の記載誤りがないか再度御確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

★裏面にも記載が必要な箇所があります。

(申請書裏面)

本人確認書類

写し貼り付け

・運転免許証のコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー 等

振込先金融機関口座確認書類

写し貼り付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
または
キャッシュカードのコピー 等

チェックリスト

(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ② 特に、御記入いただいた口座番号と添付した通帳等のコピーの口座番号が一致することを御確認ください。
- ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。
- ④ 医療機関等からは慰労金の申請は行いません。
- ⑤ 慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数の慰労金の給付を受けた場合は、慰労金の返還をしなければならないことを確認しました。

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 給付申請書(個人用)

様式9

申請日	令和 年 月 日
対象期間内に勤務していた医療機関が東京都である場合	
東京都知事殿	

申請額: 20万円・10万円・5万円
(※いずれかに○)

受付印

○ 申請者の氏名等

(フリガナ) 氏 名	現 住 所	生年月日
署名(又は記名押印)	日中に連絡可能な電話番号 ()	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
Ⓜ	電子メールアドレス:	

○ 対象期間内に勤務していた医療機関等の情報

名称	医療機関コード	住所

○ 対象期間内の勤務先医療機関等における申請者の業務内容等(※医療機関等に記載してもらうこと)

勤務先医療機関等での所属部門・部署	勤務先医療機関等での職種	勤務先医療機関等における主な業務内容
起点(※)から6月末までの勤務日数	(新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関等の場合) 当該患者1例目受入以降6月末までの勤務日数	当該医療機関等の類型(いずれかに○)
日	日	新型コロナ受入医療機関・帰国者接触者外来・地域外来検査センター・宿泊療養・自宅療養・訪問看護・助産所・上記以外
当該医療機関等の証明		Ⓜ

※起点は、当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日のいずれか早い日(新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」患者を受け入れた医療機関等の所在地の都道府県においては、当該患者を受け入れた日を含む。)とし、第1例目発生日が緊急事態宣言の対象地域とされた日以降の都道府県、又は第1例目発生日がなかった都道府県においては、当該都道府県が緊急事態宣言の対象地域とされた日となります。

※1カ所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、勤務した日数を合算できるが、その場合にはこの用紙を追加して表面の氏名等の欄及び対象期間に勤務していた医療機関等が記載する欄に記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出すること。

下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ① 当該医療機関等での勤務実態が慰労金の給付条件を満たしていない場合は、申請できません。
- ② 複数の慰労金の申請を行うことはできません。
- ③ 都道府県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込みが完了せず、かつ、申請期限までに、都道府県が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、都道府県は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- ④ 慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合又は複数から慰労金の給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
- ⑤ 慰労金は申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出てください。

【受取口座について】

○東京都が別途用意する「支払金口座振替依頼書」にご記入ください。

○東京都公金収納取扱金融機関である口座をご記入ください。

○長期間入出金のない口座を記入しないでください。

※通帳番号の記載誤りがないか再度御確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

★裏面にも記載が必要な箇所があります。

本人確認書類

写し貼り付け

・運転免許証のコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー 等

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
または
キャッシュカードのコピー 等

チェックリスト

(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ② 特に、御記入いただいた口座番号と添付した通帳等のコピーの口座番号が一致することを御確認ください。
- ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。
- ④ 医療機関等からは慰労金の申請は行いません。
- ⑤ 慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数の慰労金の給付を受けた場合は、慰労金の返還をしなければならないことを確認しました。