新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金　受領確認書

医療機関等名 （申請機関）	東京歯科保険クリニック
給付（受領）額 （※振込手数料を含む。）	200,000円

受領者の区分	☑ 所属職員　　□ 委託業者等（　　）

管理番号 様式第2号（第5号別紙）に合わせる	氏名（漢字）	慰労金の額	給付（受領）方法 （現金・振込）	本人記入欄（代筆等不可）	
				受領日	受領確認欄 （押印）
1	東京　太郎	５万円	現金	2020年11月5日	印
2	東京　花子	５万円	現金	2020年11月5日	印
3	協会　健子	５万円	現金	2020年11月5日	印
4	保険　良子	５万円	現金	2020年11月5日	印

※実績報告書に添付して提出すること。（写しで可。原本は保管すること。）
※口座振込用の手数料の支給を受けている場合は，別途，支出した手数料が確認できる書類（写し）を添付すること。