

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 受領簿

医療機関名										
医療機関コード										
給付決定日	令和 年 月 日									

番号	氏名（漢字）	慰労金の額	本人記入欄（代筆等不可）	
			受領日	受領確認欄 （自署又は押印）

※ 「医療機関コード」は、申請時に様式第1号に記載した10桁の数字です。
※ 「給付決定日」は、県から送付した給付決定通知書の日付です。
※ 様式第2号、様式第5号別紙ごとに分けて受領簿を作成し、様式の記載順に記入してください。