様式第１号

年　　月　　日

　佐賀県知事　山口　祥義　様

住所

（申請者）

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金給付申請書

　令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局慰労金として、下記のとおり給付されるよう令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金給付要綱（以下「給付要綱」とする。）第４条第１項の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　　　１　対象薬局の名称：

　　　２　申請金額：　　　　　　　円

３　添付書類：様式第２号（薬局情報）

様式第３号（慰労金対象従事者等一覧）

　　　　　　　　　　振込先口座の通帳の写し（口座番号等を確認できるもの）

　　　４　申請者及び受領者は給付要綱第６条第２項各号及び第３項のいずれにも該当しません。

５　様式第３号（慰労金対象従事者等一覧）に記載した従事者については、勤務状況を出勤簿、タイムカード又は勤務証明等で確認し、給付要綱第３条第１項に規定する慰労金の給付対象者であることに間違いありません。

　　　６　給付要綱第１２条第２項の規定に基づき、受領者から提出を受けた代理申請・受領委任状、慰労金の支給実績を証する書類、及び受領者がこの慰労金の給付対象であることを証する書類（出勤簿、勤務証明等）は、令和８年３月末まで保存します。

※提出前に以下の書類が保管済みであることをご確認ください。

□従事者が給付条件を満たすことを証明する書類（出勤簿、タイムカード等の勤務状況が確認できるもの）

□他社薬局での勤務日数を合算する場合、他社薬局の勤務証明書

□代理申請・代理受領についての委任状

（記載例）

様式第１号

令和２年○○月○○日

　佐賀県知事　山口　祥義　様

住所　佐賀市○○町○○番地

（申請者）

　　　　氏名　株式会社○○ 代表取締役○○○○ ㊞

令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金給付申請書

　令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局慰労金として、下記のとおり給付されるよう令和２年度佐賀県新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金給付要綱（以下「給付要綱」とする。）第４条の規定により関係書類を添えて申請します。

複数の薬局がある場合は１店舗ごとに申請を行いますので、この申請書は各店舗ずつ作成してください。

記

　　　１　対象薬局の名称：○○薬局△△支店

申請する合計金額を記入してください。

申請金額＝慰労金の合計+振込手数料の合計

従事者等への口座振込手数料が生じる場合は振込手数料も合算してください。

実際の振込手数料と差異が生じた場合は返納の手続きが必要になりますので、手数料の金額を事前によくご確認ください。

　　　２　申請金額：１０１，１００円

３　添付書類：様式第２号（薬局情報）

様式第３号（慰労金対象従事者等一覧）

　　　　　　　　　　振込先口座の通帳の写し（口座番号等を確認できるもの）

　　　４　申請者及び受領者給付要綱第６条第２項各号及び第３項のいずれにも該当しません。

受領者が新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業による慰労金と重複してその給付を受けていないかご確認ください。

５　様式第３号（慰労金対象従事者等一覧）に記載した従事者については、勤務状況を出勤簿、タイムカード又は勤務証明等で確認し、給付要綱第３条第１項に規定する慰労金の給付対象者であることに間違いありません。

　　　６　給付要綱第１２条第２項の規定に基づき、受領者から提出を受けた代理申請・受領委任状、慰労金の支給実績を証する書類、及び受領者がこの慰労金の給付対象であることを証する書類（出勤簿、勤務証明等）は、令和８年３月末まで保存します。

※提出前に以下の書類が保管済みであることをご確認ください。

□従事者が給付条件を満たすことを証明する書類（出勤簿、タイムカード等の勤務状況が確認できるもの）

□他社薬局での勤務日数を合算する場合、他社薬局の勤務証明書

□代理申請・代理受領についての委任状