

様式第1号（第4条関係）

石井町個人事業主等に対する新型コロナウイルス感染症傷病見舞金申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号			世帯主氏名						
	(フリガナ) 氏 名				生年月日	年	月	日		
	住 所	石井町								
振 込 先	金融機関 名 称	銀行・金庫 信組・農協 その他（ ）			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他（ ）					
	預 金 別	普通・当座	口座番号							
	(フリガナ) 口 座 名 義									
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 事業所得等により生計を立てている <input type="checkbox"/> 感染症に感染した日において石井町の国民健康保険又は後期高齢者医療保険の資格を有している者 <input type="checkbox"/> 他の傷病手当金の対象でない <input type="checkbox"/> 石井町暴力団排除条例に定める暴力団に関係していない者									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、申請内容等について税務課に税情報等を照会すること及び審査等により傷病手当金が過払いとなった場合は返還することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住 所 事業主氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( ) 石井町長 殿</p>										

【受取代理人の欄】（事業主以外の方が受給する場合は、記入が必要です）

事業主	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
	氏名	Ⓜ	住所 同上
代理人	住所	事業主との関係	
(口座名義人)	(フリガナ) 氏名	Ⓜ	

- (添付書類) ・個人事業主等であることが分かる書類
- ・新型コロナウイルス感染症に感染したことにより、療養が必要であったことを確認できる医療機関若しくは保健所の書類
  - ・通帳（名義・番号等の確認が出来る頁の写し）