（第３－２号様式）医療機関等申請の概算払請求書

概　算　払　請　求　書

金　　　　　　　　　　円　也

ただし、　奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金

　上記金額を請求します。

　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 | 〒　　　－ |
| 住所 |  |
| 名称 |  |
| 管理者職・氏名（記名押印） |  |

**＜受取口座＞**

※　長期間入出金のない口座を記入しないでください。

※　口座番号等の記載誤りがないか再度確認してください。記載誤りがありますと給付

が遅れることがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 本支店名 | 本店・支店 |
| 預金種目 | １　普通　　２　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |