（協力金申請様式）

**新型コロナウイルス感染症発生施設への応援職員派遣協力金申請書**

令和　　年　　月　　日

静岡県老人福祉施設協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名・役職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　MAILアドレス

新型コロナウイルス感染症の感染に伴い、令和　　年　　月　　日から令和　　年　　　月　　　日まで、現場支援のため　　名の職員派遣を行いましたので、下記の通り派遣状況を報告し、応援職員派遣協力金の支給申請をいたします。

1. 派遣元施設

|  |  |
| --- | --- |
| １　法人名 | 　　 |
| ２　施設名 |  |
| ３　施設長名 |   |
| ４　施設種別 | □特養　　　　□養護　　　　　□軽費　　　　　□デイサービス　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ５　施設住所 | 〒　 |
| ℡ | Fax |

（2）派遣先施設

|  |  |
| --- | --- |
| １　施設名 | 　　 |
| ２　施設種別 | □特養　　　　□養護　　　　　□軽費　　　　　□デイサービス　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　施設住所 | 〒　 |
| ℡ | Fax |

（3）派遣者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名　　　　　　 | 職種 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

（4）派遣元施設　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名　 |  |
| 支店名　 |  |
| 預金種目 | 普通 | 当座 |
| 口座番号 |  |
| ふりがな口座名義 |  |

* 本申請書はメールにて老施協事務局へご送付ください。