

交野市児童福祉施設等従事者応援給付金及び
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（薬剤師）

代理申請・受領委任状

令和 3年 ●月 ●日

交野市長 黒田 実 様

委任者 住 所 〒●●●-●●●●
●●市●●-●-●●
氏 名 交野 ●● 印
生年月日 ●●●●/●/●●
電話番号 ●●● (●●●) ●●●●

様式1 交付申請書の
申請者（法人名・代
表者氏名）を記入

私は、下記の事項を確認・承諾し、**社会福祉法人●●● 理事長●● ●●**
を代理受領者と定め、交野市児童福祉施設等従事者応援給付金及び新型コロナ
ウイルス感染症対応従事者慰労金（薬剤師）交付要綱の規定により、慰労金の
申請および受領に関する権限を委任します。

記

- 1 私は、国の「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」や本
事業の他の児童福祉施設等と重複して給付申請を行いません。
- 2 当該慰労金について、以下の事を誓約します。
 - ・慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場
合、複数回の受給を行った場合、その他不適切と判断された場合には、速
やかに返還いたします。
 - ・慰労金の給付条件の確認や検査等については、拒むことなく、誠心誠意対
応いたします。