

様式11-2

受領書 (5万円用)

法人名 (甲)

様

金 50,000 円

但し、甲が乙に埼玉県介護施設・事業所等職員慰労金として
支払ったことを証明します。

令和 年 月 日

氏名 (乙) 印

(注意事項)

- ・職員に慰労金を支払った介護施設・事業所等は、この様式により受領書を徴取してください。
- ・概算払で介護施設・事業所等職員慰労金の交付を受けた場合は、おおむね2か月以内に職員に慰労金を支払い、この様式により受領書を徴取してください。
- ・この受領書の提出は不要ですが、職員への慰労金の支払いを証するものとして、県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部において、適切に保管してください。