

埼玉県介護施設・事業所等職員慰労金 代理請求・受領委任状

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

委任者 住 所 〒

氏 名 印
電話番号 ()

私は、下記の事項を確認・承諾し、(法人名・代表者名)を代理受領者と定め、介護サービス感染症対応・再開支援事業補助金交付要綱の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

- 1 慰労金申請額 金 50,000 円
- 2 私は、医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス施設・事業所及び医療機関等からの給付申請や県への給付申請を行いません。
- 3 当該慰労金について、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、慰労金を代理請求・受領する職員ごとに作成してください。
- ・ 介護サービス施設・事業所等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、様式第3号(介護慰労金受給職員表)を作成し、提出してください。
- ・ 交付申請書を提出する際、この委任状の提出は不要です。ただし、慰労金の代理請求・受領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。