

白健第1623号
令和3年1月8日

市内医療機関等の代表者様

白石市長 山田 裕



白石市医療機関等感染症対策支援金の交付申請について（通知）

日ごろより、市政運営にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。
また、新型コロナウイルスの感染拡大防止に当たっては、最前線でご対応いただき、心より感謝申し上げます。

さて、医療機関を始めとする保健福祉・介護・子ども子育て分野に関わる皆様におかれましては、新型コロナウイルスへの対応が長期化し、現在、感染症がまん延しやすい時期を迎えていることから、季節性インフルエンザ等に対しても併せて対応しなければならず、多大な負担となっていることと思います。

その負担を軽減するため、財政的な支援として市から「白石市医療機関等感染症対策支援金」をお渡しすることとなりました。

つきましては、同封いたしました「白石市医療機関等感染症対策支援金交付申請書兼請求書」に必要事項をご記入いただき、下記期日までに担当課あてご提出又はご郵送いただきたく、お知らせいたします。

記

提出期限：令和3年2月12日（金）（必着）

提出先：下記担当あてご提出ください。

振込予定：令和3年1月20日までに到着した分を令和3年1月末にお振込みし、以後
随時お振込みいたします。

- ※ 振込先は、事業所（法人）名義の口座とします。やむを得ず個人名義の口座を使用する場合には、理由書（様式は任意ですが代表者の記名又は押印が必要です。）を添付してください。
- ※ 振込先口座と口座名義が分かる通帳等の写しを添付してください。

担当：白石市保健福祉部健康推進課 半澤・齋藤（純）

連絡先：白石市大手町1番1号

0224-22-1362（内641）

kenkou@city.shiroishi.miyagi.jp

白石市医療機関等感染症対策支援金交付申請書兼請求書

白石市長 あて

申請者 (法人等の代表者)

〒

住 所

法人名

役 職

氏 名 印

白石市医療機関等感染症対策支援金交付要綱第5条の規定により支援金の交付申請をします。下記のとおり口座振込みにより交付されるよう希望します。

記

1. 申請事業所

事業所名称		
事業所属性	医療機関 (診療所)	
申請金額	金500,000円	
担当者	職・氏名	
	連絡先 (電話番号)	

2. 振込先の口座

振込先		銀行 金庫・組合 農協		本店・支店 出張所 その他 ()
	預金種類	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	口座名義 (カタカナ)			

※ 振込先は、事業所 (法人) 名義の口座とします。やむを得ず個人名義の口座を使用する場合には、理由書 (様式は任意ですが代表者の記名又は押印が必要です。) を添付してください。

※ 振込先口座と口座名義が分かる通帳等の写しを添付してください。