

## 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金(介護分)個人用申請書

(新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護分))

申請日	令和 年 月 日
対象期間内に勤務していた事業所・施設等の所在する都道府県	
静岡県知事様	



### ①申請者の氏名等

(フリガナ)	現住所		生年月日
氏名			(明治・大正・昭和・平成)
印			年 月 日
日中連絡可能な電話番号	(自宅・勤務先・携帯)		
電子メールアドレス			

### ②申請額等

申請額	5万円・20万円	(下図のフローチャートで支給額を確認し、該当する金額を○で囲んでください)
下図の申請額フローチャートの該当番号に○をつけてください		重複申請の有無
① ・ ② ・ ③		有 ・ 無

### ③対象期間内に勤務していた介護サービス施設・事業所の名称、勤務先における申請者の業務内容等

※以下は、介護サービス事業所・施設において記載してもらうこと

勤務先の名称	事業所番号	所在地	
勤務先での職種	勤務先のサービス種類	利用者との接触の有無	
		有 ・ 無	
令和2年2月7日(※)から同年6月末までの間に実際に勤務した日数(A)(○をつけてください)	勤務先における主な業務内容		
1日・2日・3日・4日・5日 6日・7日・8日・9日・10日以上			
勤務先の証明	法人名	代表者 役職・氏名	印
	所在地	担当者電話番号	

※令和2年2月7日は、静岡県における「起点」です。

起点…当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日のいずれか早い日(新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」患者を受け入れた医療機関等の所在地の都道府県においては、当該患者を受け入れた日を含む。)とし、第1例目発生日が緊急事態宣言の対象地域とされた日以降の都道府県、又は第1例目発生日がなかった都道府県においては、当該都道府県が緊急事態宣言の対象地域とされた日となります。

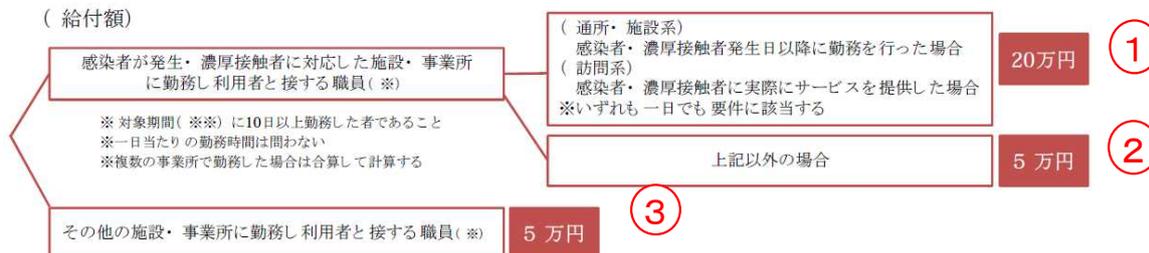
注:1カ所の勤務だけでは日数要件(10日)に満たない場合、他の事業所で勤務した日数を合算できるが、その場合にはこの用紙を追加して①(申請者の氏名と印及び生年月日のみで可)、③の欄に記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出すること。

### ○下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ①当該介護サービス施設・事業所での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。
- ②医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス施設・事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行うことはできません。
- ③都道府県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請期限までに、都道府県が申請者に連絡をしようとしても連絡がとれない場合には、都道府県は申請が取り下げられたものとみなします。
- ④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又は複数機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
- ⑤慰労金は、申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出て下さい。

### ○慰労金の対象確認・申請額フローチャート

対象：介護サービス事業所・施設（下図では「施設・事業所」という。）に勤務し、利用者と接する職員で、  
下図の要件にあてはまる者



(※※) 対象期間:令和2年2月7日から6月30日までの間