（様式Ａ）

西暦　　　年　　　月　　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

在職時の所属名・職名

氏　　名

生年月日　　　　西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

自宅電話番号

携帯電話番号

連絡先メールアドレス

慰労金の振込口座についての確認書

　私は、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の受領に際し、下記の金融機関口座へお振込みいただきますようお願いします。

記

（１）在職時の最後に支給された給与の受領に使用した届け出済の

給与振込口座へお振込みください

（２）在職時の最後に支給された退職手当の受領に使用した届け出済の

給与振込口座へお振込みください

（３）在職時に届け出済の給与振込口座は、解約済・名義変更済等の諸事情により

使用できませんので、今回提出する、別紙「銀行振込依頼書（慰労金）」に

記載の金融機関へお振込みください。

※振込先として、上記（１）～（３）のいずれかに○を付けて指定してください。

※可能な限り（１）をご選択ください。

※真にやむをえない事情がある場合についてのみ（３）をご選択いただくとともに、

本紙「慰労金の振込口座についての確認書」＋別紙「銀行振込依頼書（慰労金）」＋

**「通帳等の口座番号等が確認できるものの写し」**の３種類の書類を１セットにしてご提出ください。