

【薬局→委託先→神奈川県】支払実績_新型コロナウイルス感染症対応薬局従事者慰労金

薬局概要

薬局名称				整理番号								
管理者職名		管理者氏名										
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス								

所在地	郵便番号				都道府県名	市区町村以降					
					神奈川県						

支払実績額

科目	人数	額(円)
慰労金 (薬剤師分)		× 30,000円
慰労金 (事務員分)		× 30,000円
(A)慰労金支払済額(円)		
(B)慰労金支給決定額(円)		
精算額(B-A)		

支給決定通知を確認し、ご記載下さい。

← 支給決定額(B)から支払済額(A)を引いた額を記入して下さい。

※こちらの実績書は、従事者への慰労金支払が終了したら1か月以内に、添付書類と合わせて提出してください。

◎添付していただく書類は以下の通りです。

・慰労金を従事者に対して支払った際の証憑(受領簿など)