

【様式3】

改正後

請求書 (COVID-19支援ナース事業)										
北海道COVID-19支援ナース事業に係る経費を下記のとおり請求します。										
請求年月日	北海道知事			様			令和 年 月 日			
請求額	合計 (謝金計+旅費計)								0 円	
住所	〒 -									
医療機関名										
代表者名										
電話番号	- -									
振込口座	銀行			支店			(店番号)			
	預金種目			口座番号						
	口座名義									
本件責任者・ 担当者	本件責任者氏名				連絡先電話番号					
	担当者氏名				連絡先電話番号					
請求内訳書	派遣先施設名									
派遣期間 (旅行日含む)	令和 年 月 日	～	年 月 日							日間
支援業務 従事期間	令和 年 月 日	～	年 月 日							日間
(勤務不要日等)										
派遣職員1	職種	看護師			氏名					
謝金	8時間勤務相当	円×		日＝		0 円				
	12時間勤務相当	円×		日＝		0 円				
	謝金計									0 円
旅費 (交通費・宿 泊料は道の 規定を上限)	宿泊施設利用※	9,800 円×		日＝		0 円				
	宿泊雑費(宿泊時のみ)	1,100 円×		日＝		0 円				
	旅行雑費	1,100 円×		日＝		0 円				
	交通費(1日当たり)	円×		日＝		0 円				
	旅費計									0 円
検査費用	検査費用	円×		回＝		0 円				
	検査費用計									0 円
請求額	合計 (謝金計+旅費計+検査費用計)								0 円	
交通費内訳	～		0 円		利用					
※自宅等から派遣先施設までの交通手段等	～		円		利用					
	～		円		利用					
	～		円		利用					
	～		円		利用					
	～		円		利用					

※旅費は道の条例に準拠して支給されます。