

## 【様式3】

改正後

請求書 (COVID-19支援ナース事業)									
請求年月日	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。 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								
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								
検査費用	検査費用	円×		回＝	0 円				
	検査費用計								
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。