（別紙様式）

令和６年能登半島地震　災害ボランティアに係る日当の申請

年　月　日

　一般社団法人京都府薬剤師会

　会長　河上　英治　様

勤 務 先

会員氏名

 令和６年能登半島地震の災害ボランティアとして派遣されましたので、下記のとおり日当を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ①派遣先※（被災３か所（珠洲市、輪島市、穴水町）の医療機関、金沢市内）又は避難所 |  |
| ②派遣先での業務内容例：医療支援活動や避難所等の医療ニーズにおける薬剤管理及び薬物治療管理　等 |  |
| ③派遣期間 | 　月　　日（　　）　～　　月　　日（　　）までの　　　日間 |
| ④請求金額注：上限2000円/日あたり | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（※）※飲食代の根拠となる資料（レシート等）を参考様式「飲食代の根拠を証する書類」に貼付して提出する、又は根拠資料を添付できない場合は、その内訳を記載してください。 |
| ⑤口座情報　金融機関：　　　　　　　　銀行　支 店 名：　　　　　　　　支店　種　　類：　　普通　　・　　当座（いずれかに○）　口座番号：　口座名義（フリガナ）： |

（参考様式）

飲食代の根拠を証する書類

|  |
| --- |
| 請求金額　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　 |
| 飲食代の根拠となる資料　貼付欄注：レシート等を紛失した場合等、根拠資料を貼付できない場合は、記載例を参考に内訳を記載してください。根拠資料を添付できない場合の内訳記載例○月△日　1500円　　　　　お茶代　150円×2本　　　　　夕食代　1200円○月□日　2000円　※1日の上限は2000円になります　　　　　昼食代　1000円　　　　　お茶代　150円×2本　　　　　夕食代　1800円 |