

様式第2号（第5条関係）

京丹後市新型コロナウイルス感染症傷病見舞金支給申請書（医療機関記入用）

患 者 氏 名	
生 年 月 日	
傷 病 名	
診 断 日	年 月 日
療養が必要と認め めた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
所 見	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号	
京丹後市長 様	