様式１１－２

　　　　　　　　受　領　書　（５万円用）

　法人名（甲）

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　金　５０，０００　円

　ただし、甲が乙に埼玉県障害福祉施設・事業所等職員慰労金として支払ったことを証明します。

　　令和　　年　　月　　日

氏名（乙）　　　　　　　　　　　　印

（注意事項）

・職員に慰労金を支払った障害福祉施設・事業所等は、この様式により受領書を徴取してください。

・概算払で障害福祉施設・事業所等職員慰労金の交付を受けた場合は、おおむね２か月以内に職員に慰労金を支払い、この様式により受領書を徴取してください。

・この受領書の提出は不要ですが、職員への慰労金の支払いを証するものとして、県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部において、適切に保管してください。

様式１１－２

　　　　　　　　受　領　書　（２０万円用）

　法人名（甲）

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　金　２００，０００　円

　ただし、甲が乙に埼玉県障害福祉施設・事業所等職員慰労金として支払ったことを証明します。

　　令和　　年　　月　　日

氏名（乙）　　　　　　　　　　　　印

（注意事項）

・職員に慰労金を支払った障害福祉施設・事業所等は、この様式により受領書を徴取してください。

・概算払で障害福祉施設・事業所等職員慰労金の交付を受けた場合は、おおむね２か月以内に職員に慰労金を支払い、この様式により受領書を徴取してください。

・この受領書の提出は不要ですが、職員への慰労金の支払いを証するものとして、県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部において、適切に保管してください。