

住所	
医療機関等名称	
代表者氏名	印
(生年月日 性別)	
電話番号	
記入者氏名	

春日市新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日から 年 月 日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施しましたので、春日市新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための支援事業補助金交付要綱第6条の規定により申請します。なお、暴力団を利することとならないことの確認のため、警察機関に照会されることに同意します。

請求金額 円

- 【添付書類】 ①新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（様式第2号）
 ②下記【振込先】入力項目の内容が確認できる書類 ※A4用紙に印刷又は貼付して提出
 例）通帳の写し、インターネットバンキングの口座情報画面の写し 等
 ③時間外等の接種体制を用意したことの確認用チェックリスト（別紙）

内訳

年 月 日から 月 日の間

100回以上接種した取扱いとする週 週（4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算）

※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間または休日における接種体制を要する。

	接種回数 (予診のみを含めない)	週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
月 日の週	回	円
合計	回	円

参考記載：各加算の対象となった接種の数 (回)

(参考) 標榜する診療時間 ※高齢者施設等の場合は記載不要

日		木	
月		金	
火		土	
水			
備考			

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			