様式第１号

　　年　月　日

静岡県知事　様

申請書兼請求書

　静岡県新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金の交付を受けたいので、同支援金交付要綱第４の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、申請に当たっては、交付要綱の規定を遵守することを誓約します。

記

１　申請者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名称 |  | | | | | | | | | 所在地 | | | | | 〒 | |
| 保険医療機関コード |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 医療機関の開設者 | 名称 | | |  | | | | | | | | | 代表者 | | |  |
| 申請責任者 | 職名 | | |  | | | | | | | | | 氏名 | | |  |
| 申請担当者 | 職名 | | |  | | | | | | | | | 氏名 | | |  |
| 担当者連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | Ｅメール | | |  |

２　支援金振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関  コード・名称 |  |  |  |  |  | □銀行　□農協  □金庫　□組合 | 支店コード  ・名称 |  |  | |  |  | | | | □本店　□支店  □支所　□出張所 | | |
| 口座種別 | □普通　□当座 | | | | | | 口座番号 |  | |  | | |  |  |  | |  |  |
| 口座名義 |  | | | | | | フリガナ |  | | | | | | | | | | |

３　巡回接種に係る接種回数及び申請（請求）する金額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所施設（嘱託医） | (a)　　　　　回 | ✕ 1,000円 | 申請（請求）  金額 | (d)　　　　　　円 |
| 入所施設（非嘱託医） | (b)　　　　 回 | ✕ 3,000円 | 申請（請求）  金額 | (e)　　　　　 円 |
| 在宅療養者等 | (c)　　　　 回 | ✕10,000円 | 申請（請求）  金額 | (f)　　　　　 円 |
| ※４の①②欄の合計を(a)欄に、③④欄の合計を(b)欄に、⑤⑥欄の合計を(c)欄に記入してください。 | | | 合計金額 | (d+e+f) 円 |

４　接種回数の内訳

（１）入所施設（嘱託医）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 巡回接種証明書兼同意書枚数 |  | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　　　回（①） | ２回目接種　　　　　回（②） |

（２）入所施設（非嘱託医）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 巡回接種証明書兼同意書枚数 |  | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　　　回（③） | ２回目接種　　　　　回（④） |

（３）在宅療養者等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 巡回接種証明書兼同意書枚数 |  | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　　　回（⑤） | ２回目接種　　　　　回（⑥） |