様式第１号

記載例１

令和３年10月29日

静岡県知事　様

申請書兼請求書

　令和３年度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３の規定により、下記の通り申請します。

　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 | □□クリニック | | | | | | | | | 所在地 | | | | | 〒〒000－0000  ○○市□□町○○－○○ | |
| 保険医療機関コード | １ | ２ | ３ | | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | | ９ | ０ | |  | | |
| 医療機関の開設者 | 名称  ※１ 開設者が個人の場合、開設者氏名を名称に記載し、代表者は空欄とする | | | 医療法人○○会※１ | | | | | | | | | 代表者 | | | 理事長　○○　○○ |
| 申請責任者 | 職名 | | | 院長 | | | | | | | | | 氏名 | | | □□　□□ |
| 申請担当者 | 職名 | | | 事務長 | | | | | | | | | 氏名 | | | △△　△△ |
| 担当者連絡先 | 電話番号 | | | 000-000-0000 | | | | | | | | | Ｅメール | | | ○○○○○○＠○○○○ |

２　支援金振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関  コード・名称 | 1 | 1 | 1 | 1 | ○○ | ☑銀行　□農協  □金庫　□組合 | 支店コード  ・名称 | 1 | 1 | | 1 | ○○ | | | | □本店　☑支店  □支所　□出張所 | | |
| 口座種別 | ☑普通　□当座 | | | | | | 口座番号 | １ | | １ | | | １ | １ | １ | | １ | １ |
| 口座名義 | （医）○○会　□□クリニック※２  ※２　開設者が法人の場合は法人名義の口座  開設者が個人の場合は開設者名義の口座 | | | | | | フリガナ | イ）○○カイ　□□クリニック | | | | | | | | | | |

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)　　　 40回 | ✕ 1,000円 | 申請（請求）  金額 | (d)　　 40,000円 |
| 入所施設（非嘱託医） | (b)　　　 20回 | ✕ 3,000円 | 申請（請求）  金額 | (e)　　 60,000円 |
| 在宅療養者等 | (c)　　　 ６回 | ✕10,000円 | 申請（請求）  金額 | (f)　　 60,000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) 160,000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 | ２枚 | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　20回（①） | ２回目接種　　　20回（②） |

（２）入所施設（非嘱託医）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 巡回接種証明書兼同意書枚数 | ２枚 | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　10回（③） | １回目接種　　　10回（③） |

（３）在宅療養者等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 巡回接種証明書兼同意書枚数 | ６枚 | |
| 巡回接種回数 | １回目接種　　　　３回（⑤） | １回目接種　　　３回（⑤） |

様式第２号

記載例

記載例２

巡回接種証明書兼同意書

＜巡回接種証明書＞」

　　令和３年８月20日に、（医療機関名）医療法人○○会□□クリニック　　　　　 　　　　　に巡回接種を受けたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | １　回目の接種　　18　人接種（入所者　16　人、従事者　２　人）  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  　　☑障害者支援施設　　□共同生活援助　　　　　□障害児入所施設　　□救護施設  　　□養護老人ホーム　　□特別養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム  　　□認知症高齢者グループホーム　　□サービス付き高齢者向け住宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  □要介護４又は５　　□重症心身障害（児）者  　　□難病患者（名称：　　　　　　　　　　　　）  　　□その他外出が困難で在宅での接種を要する者  　　　（巡回接種が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同意書  　☑　上記の巡回接種証明書について、令和３年度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交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 施設名　　障害者支援施設　◇◇◇◇  所在地　　○○市□□町○○－○○  施設の代表者　（署名）　施設長　接種　支援 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 氏名　（署名）  （代筆可）  住　　所　　静岡県　　　　　　　　　　　　　市・町  （市町まで）  　※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者１人の署名とする。 |

様式第２号

記載例３

巡回接種証明書兼同意書

＜巡回接種証明書＞」

　　令和３年９月10日に、（医療機関名）医療法人○○会□□クリニック　　　　　 　　　　　に巡回接種を受けたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | ２　回目の接種　　20　人接種（入所者　18　人、従事者　２　人）  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は R３ 年 ８ 月 18 日・ R３ 年 ８ 月 20日  　　☑障害者支援施設　　□共同生活援助　　　　　□障害児入所施設　　□救護施設  　　□養護老人ホーム　　□特別養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム  　　□認知症高齢者グループホーム　　□サービス付き高齢者向け住宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  □要介護４又は５　　□重症心身障害（児）者  　　□難病患者（名称：　　　　　　　　　　　　）  　　□その他外出が困難で在宅での接種を要する者  　　　（巡回接種が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同意書  　☑　上記の巡回接種証明書について、令和３年度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交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 施設名　　特別養護老人ホーム　◇◇◇◇  所在地　　静岡市葵区追手町○－○  施設の代表者　（署名）　施設長　接種　支援 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 氏名　（署名）  （代筆可）  住　　所　　静岡県　　　　　　　　　　　　　市・町  （市町まで）  　※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者１人の署名とする。 |

様式第２号

記載例４

巡回接種証明書兼同意書

＜巡回接種証明書＞」

　　令和３年８月25日に、（医療機関名）医療法人○○会□□クリニック　　　　　 　　　　　に巡回接種を受けたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種（入所者　　　人、従事者　　　人）  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  　　□障害者支援施設　　□共同生活援助　　　　　□障害児入所施設　　□救護施設  　　□養護老人ホーム　　□特別養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム  　　□認知症高齢者グループホーム　　□サービス付き高齢者向け住宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | １回目の接種　　　２人接種  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  ☑要介護４又は５　　☑重症心身障害（児）者  　　□難病患者（名称：　　　　　　　　　　　　）  　　□その他外出が困難で在宅での接種を要する者  　　　（巡回接種が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同意書  　☑　上記の巡回接種証明書について、令和３年度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交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 施設名  所在地  施設の代表者　（署名） |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 氏名　（署名）　巡回　接種  （代筆可）  住　　所　　静岡県　　静岡　　　　　　　　　市・町  （市町まで）  　※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者１人の署名とする。 |

様式第２号

記載例５

巡回接種証明書兼同意書

＜巡回接種証明書＞」

　　令和３年９月15日に、（医療機関名）医療法人○○会□□クリニック　　　　　 　　　　　に巡回接種を受けたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種（入所者　　　人、従事者　　　人）  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  　　□障害者支援施設　　□共同生活援助　　　　　□障害児入所施設　　□救護施設  　　□養護老人ホーム　　□特別養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム  　　□認知症高齢者グループホーム　　□サービス付き高齢者向け住宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | ２回目の接種　　　１人接種  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は R3 年 ８ 月 25 日・　　年　　月　　日  □要介護４又は５　　□重症心身障害（児）者  　　☑難病患者（名称：　○○○○○　）  　　□その他外出が困難で在宅での接種を要する者  　　　（巡回接種が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同意書  　☑　上記の巡回接種証明書について、令和３年度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交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 施設名  所在地  施設の代表者　（署名） |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 氏名　（署名）　巡回　接種　　代筆者　○○　○○（続柄）  （代筆可）  ※代筆する場合は代筆者氏名と続柄も記載する  住　　所　　静岡県　　東伊豆　　　　　　　　市・町  （市町まで）  　※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者１人の署名とする。 |