

(様式第1号)

堺市新型コロナウイルスワクチン接種促進協力金支給申請書

年 月 日

堺市長様

堺市新型コロナウイルスワクチン接種促進協力金について、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	医療機関の所在地	
	医療機関名称	
	医療機関番号(10桁)	
	代表者職氏名	
	電話番号	

肩書名+氏名の形式が望ましいです。

様式第2号の対象期間と一致します。

1. 申請金額

800,000 円

2. 内訳

対象期間： 年 月 日 から 月 日の間

接種回数 (予診のみは含めない)	週100回以上接種にかかる協力金の額 (単価2,000円/回)
5月 1日の週 100回	200,000円
5月 8日の週 100回	200,000円
5月 15日の週 100回	200,000円
5月 22日の週 100回	200,000円
月 日の週 回	円
月 日の週 回	円
日 日の週 回	円
合計 400回	800,000円

様式第2号の支給条件を満たす週に限り記載します。  
※様式第2号記入例の場合、黄色塗りつぶし部分の週のみ記載します。

注意

対象期間の内、支給条件を満たす週に限り、記載してください。

「1. 申請金額」と一致します。

支給条件：週100回以上接種を4週以上行った場合であって、週100回以上接種を行った週のうち、少なくとも1日は、時間外等の接種体制を用意していること。