

(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	

1. 申請金額

_____円

2. 内訳

対象期間： 年 月 日から 年 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)
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

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。

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にのうち、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。