

青森県知事 殿

医療機関	住所	
	名称	
開設者 (申請者)	住所	
	氏名	
		(法人名・職氏名)
電話番号(医療機関)		
担当者・内線等		

**令和4年度青森県新型コロナウイルスワクチン接種促進事業費補助金（個別接種分）
交付申請書兼請求書（診療所）**

10月2日から12月3日の期間において、別紙報告書（第2号様式）のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、補助金の交付について、以下のとおり申請及び請求する。

請求金額

内訳

10月2日から12月3日の間

150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3,000円加算）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150回以上接種の加算		週100回以上接種の加算		1日50回加算	
		単価 3,000円/回		単価 2,000円/回		※同一日に左記の加算と重複は不可 また、当日に時間外等の体制を要する	
10月2日の週	回	円	円	円	円	日	円
10月9日の週	回	円	円	円	円	日	円
10月16日の週	回	円	円	円	円	日	円
10月23日の週	回	円	円	円	円	日	円
10月30日の週	回	円	円	円	円	日	円
11月6日の週	回	円	円	円	円	日	円
11月13日の週	回	円	円	円	円	日	円
11月20日の週	回	円	円	円	円	日	円
11月27日の週	回	円	円	円	円	日	円
合計	回	円	円	円	円	日	円

(参考) 標榜する診療時間

日	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
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			

注1 振込先口座の通帳の写し（口座番号と口座名義（かた））が分かるページ）を添付してください。

注2 申請者と口座名義人が異なる場合は、受領についての委任状を提出してください。

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（診療所）

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	週の接種回数	週の回数区分	週のうち、時間外等の接種体制の実施	備考
		10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		10/9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		10/30	10/31	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18	11/19				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25	11/26				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
		11/27	11/28	11/29	11/30	12/1	12/2	12/3				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外								回	100回未満・100回以上・150回以上		
接種回数（予診のみを含めない）	職域											

150回以上の週（4週以上で@3,000円）	週	補助金の対象となる回数	回	円	
100回以上の週（4週以上で@2,000円）	週	補助金の対象となる回数	回	円	
100回未満の週（1日50回以上@100,000円）	週	補助金の対象となる日数	日	円	補助金の対象となる回数 回
合計	週			円	

※本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績及び職域接種の実績は含まれない。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関 名称
開設者 住所
氏名

