

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 (病院)**

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

50回以上/日の接種を週1日以上達成した週[※]

※ 時間外、夜間または休日における接種体制の有無に関わらない。

週 (4週以上で、医師・看護師等に係る追加交付)

(特別な接種体制を確保し、かつ、50回/日を週1日以上、4週間以上達成した場合)

※1日50回以上接種を行った日が対象

	時間外等に接種体制をとり、 1日50回以上接種の加算		医師に係る追加交付		看護師等に係る追加交付	
	日	円	時間	円	時間	円
10月2日の週	日	円	時間	円	時間	円
10月9日の週	日	円	時間	円	時間	円
10月16日の週	日	円	時間	円	時間	円
10月23日の週	日	円	時間	円	時間	円
10月30日の週	日	円	時間	円	時間	円
11月6日の週	日	円	時間	円	時間	円
11月13日の週	日	円	時間	円	時間	円
11月20日の週	日	円	時間	円	時間	円
11月27日の週	日	円	時間	円	時間	円
合計	日	円	時間	円	時間	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)が分かるページ)を添付してください。
 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

[Redacted area]

		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	時間外等に接種体制を取った上で、50回以上接種を行った日	1日当たり50回以上接種を実施した週(○で囲む)	1日50回以上接種した日の特別体制時間	備考
		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									日	実施 / 非実施		
接種回数(予診のみを含めない)	職域以外											
接種回数(予診のみを含めない)	職域											
(特別体制)医師の延べ時間											時間	
(〃)看護師等の延べ時間											時間	
		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									日	実施 / 非実施		
接種回数(予診のみを含めない)	職域以外											
接種回数(予診のみを含めない)	職域											
(特別体制)医師の延べ時間											時間	
(〃)看護師等の延べ時間											時間	

金額

1日当たり50回以上接種を行った日の総計(×@100,000円)	日			円
(特別体制)医師の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ(×@7,550円)			時間	円
(特別体制)看護師等の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ(×@2,760円)			時間	円
合 計				円

接種回数

期間中の総接種回数	回
補助金の対象となった日に実施した接種回数	回

※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

[Redacted area]

