

第1号様式（第3関係）

令和 年 月 日

青森県知事 殿

医療機関 住所

名称

開設者 住所

（申請者）氏名

電話番号

担当者名

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
（集団接種分）交付申請書兼実績報告書

令和4年度において実施する新型コロナウイルスワクチン接種促進事業に係る経費について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額

対象経費支出額 （第2号様式別紙の合計金額）	補助上限額 （第2号様式 3の記載金額）	交付申請額 （左記を比較して少ない方の額）

2 添付書類

- 補助事業実績報告書（第2号様式）
- 対象経費内訳書（第2号様式 別紙）

（参考）標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
備考	

第2号様式（第3関係）

補助事業実績報告書

1 実施医療機関（派遣元医療機関）

名称		連絡先	
		(担当者)	

2 派遣の内容

月日 (曜日)	市町村名	接種会場	従事者 (いずれかに○)	時間外・休日の 従事時間 (時間数)
／ ()			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
／ ()			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
／ ()			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()
			医師・医師以外	: ~ : ()

注1 欄・行等が不足する場合は適宜追加又は別紙としてください。

注2 医療機関ごと、派遣市町村ごとに別様としてください。

注3 「医師以外」には、看護師、准看護師、歯科医師、臨床検査技師、救急救命士が該当します。

合計 (人) 時間	医 師 (人)	時間 . . . ①
	医師以外 (人)	時間 . . . ②

派遣実績について確認しました。

市町村名		所属名		担当者職・氏名	㊞
				連絡先	

3 補助上限額 (1)+(2)

円

内訳	(1) 医 師	円 (① × 7,550円)
	(2) 医師以外	円 (② × 2,760円)

対 象 経 費 内 訳 書

医療機関名

費 目	対 象 経 費 支 出 額				備 考
	細 目	時給又は 単価	時間又は 人数	金 額	
給料	医師				
	看護師				
職員手当等	派遣手当				
旅費	旅費				
保険料	針刺し事故 等補償				
合 計 金 額					

注1 対象経費支出額欄には、本事業で派遣された医師・医師以外の基本給、派遣手当、旅費、保険料（当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等を含む。）等、派遣元医療機関が当該派遣に伴い負担した経費を記入すること。
2 「細目」は、例示であり、医療機関ごとの区分で差し支えないこと。
3 他の補助金等で補助を受けた金額は除くこと。

上記経費は、医療従事者の派遣に伴い当医療機関が負担したものであることを証明する。

開設者（申請者）
氏名

⑩

(法人の場合は、法人名および代表者職・氏名・代表者印)

青森県知事 殿

医療機関	住所
	名称
開設者	住所
(申請者)	氏名
電話番号	

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
(集団接種分) 請求書

令和4年度において実施した新型コロナウイルスワクチン接種促進事業に係る経費について、下記のとおり補助金を請求します。

記

1 請求金額

円

2 振込先口座

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			

(添付書類)

- (1) 振込先口座の通帳の写し（口座番号と口座名義（カタカナ）が分かるページ）
- (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