

(様式1)

記載例

令和 3年 10月 00日

茨城県知事 殿

個人の医療機関の場合は、開設者氏名の欄に代表者の氏名の記入をお願いします。※役職の記載は不要です。

(住所) 〒310-0000  
茨城県水戸市笠原町 987 番の 6  
(医療機関名) 医療法人茨城会 ひよこクリニック  
(開設者役職氏名) 理事長 茨城 太郎

茨城県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進協力金支給申請書 (第2期分)

茨城県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進協力金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請(請求)額 3,040,000 円

↑様式3の請求金額を記入

2 添付書類

- ・ 新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書 (様式2)
- ・ 個別接種促進のための支援事業に係る請求書 (様式3)
- ・ 口座情報のわかる書類の添付 (通帳または、キャッシュカードのコピー等)

※通帳のコピーは、表紙と見開き1ページの2ページを提出してください。  
※前回(第1期分協力金申請)提出した口座情報のわかる書類の添付のみ省略可。

第1期(5~7月分)の審査の際に口座情報のわかる書類を提出している場合は、通帳のコピー等の添付は不要です。  
※新規の方は必ず口座情報のわかる書類(通帳のコピー等)の提出をお願いします。

※診察時間等についてご記入ください。(問合せ時使用)

診療時間 9:00 ~ 12:00 14:00 ~ 18:30  
休診日 水・土・日・祝日 曜日

こちらから確認の連絡をする場合がございますので、診察時間等についてご記入ください。