

(様式1)

記載例

令和 4年 1月 00日

茨城県知事 殿

郵便番号・住所の記入忘れに  
ご注意ください。

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。

〒310-8555

(住所) 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 (追加申請受付分)

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 今回申請 (請求) 額	計	600,000
※上記の今回申請 (請求) 額のうち、第1期分		200,000
	第2期分	400,000

第1期分と第2期分ともに、様式3の③の金額を記入してください。一番上の欄には、今回申請分の第1期分と第2期分の合計金額が入ります。

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3)
  - ・ 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)
    - ※通帳のコピーは、表紙と見開き1ページの2種類お
    - ※前回 (第1期または、第2期分協力金申請) 提出していない場合は、口座情報のわかる書類の添付のみ
  - ・ 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決定通知書の写し
    - ※第1期又は第2期に申請済で、申請額に変更がある場合添付してください。
- 支給決定通知書の差額について審査します。

第1期・第2期分で既に提出している場合は、口座情報のわかる書類の添付は不要です。  
新規に申請する場合以外は、必ず協力金支給決定通知書の写しを添付してください。

※診察時間等についてご記入ください。(問合せ時使用します)

診療時間 : ~ :  
休診日 \_\_\_\_\_ 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、診療時間等についてご記入ください。