

愛知県知事 殿

愛知県高齢福祉施設等ワクチン接種加速化支援金交付申請書兼請求書

愛知県高齢福祉施設等ワクチン接種加速化支援金の交付を受けたいので、同交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します

記

1 申請者情報

フリガナ														
医療機関名称 (法人所属の場合は法人名から記載)														
医療機関コード														
法人所在地 (法人所属の場合に限る)	〒 -													
医療機関所在地	〒 -													
代表者の職・氏名 (法人所属の場合は原則法人の長とする)	職名											氏名		
申請に関する担当者	職名											氏名		
担当者連絡先	電話番号											Eメール		

2 振込先口座

金融機関 コード・名称						<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	支店コード ・名称						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					口座番号							
口座名義							フリガナ						

※1 お手数ですが、本県のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。

※2 口座名義が申請者と異なる場合は、委任状が必要となります。

3 巡回接種における接種回数及び申請（請求）する金額

高齢者施設等 への巡回接種 (接種回数)	(a)	回	× 1, 0 0 0	申請（請求） 金額	(c)	円
在宅の高齢者等 への巡回接種 (接種回数)	(b)	回	× 1 0, 0 0 0	申請（請求） 金額	(d)	円
					合計金額	円

4 巡回接種証明書兼同意書枚数

施設用	枚
在宅用	枚