

様式第1 (第5条関係)

申請年月日が申請期間内かどうか確認してください。

令和5年〇月〇日

稲沢市長様

【住所（開設者住所）】
 ・医療法人の場合は、法人住所を記載。
 ・個人開設の場合は、住民票住所を記載。
 【開設者名】
 ・医療法人の場合は、法人名称、代表職名、代表者氏名を記載

(申請者) 住所 稲沢市・・・
 開設者名 医療法人〇〇会
(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)
 理事長 〇〇 〇〇

稲沢市新型コロナウイルスワクチン接種支援事業交付金
 (個別接種促進のための支援事業に係る交付金) 交付申請書兼請求書

稲沢市新型コロナウイルスワクチン接種支援事業交付金（個別接種促進のための支援事業に係る交付金）
 交付要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

- 申請(請求)額 金 1,400,000 円
記
 様式第2(1/2)の請求額と同じ金額を記載。
 ※Excelファイルを使用する場合は様式第2(1/2)の金額が自動で入力されます。
- 添付資料
 新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書(診療所) (様式第2)
 その他市長が必要と認める書類

3 振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
口座種別	普通当座	口座番号	*****
ふりがな	いりょうほうじん〇〇かい りじちょう 〇〇 〇〇		
口座名義人	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		

※申請者(開設者)と振込口座名義が同一者でない場合、委任状を提出してください。

医療機関名称	〇〇クリニック
医療機関住所	稲沢市・・・
担当者氏名	〇〇 〇〇
電話番号	****-**-****

医療機関住所の項目に記載された住所に交付決定通知書が送付されます。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。