

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成金交付申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請医療機関名：

代表者名： 印

（自署の場合は押印を省略することができます。）

医療機関所在地：

担当者名：

電話番号：

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成について次のとおり申請  
します。

（内訳）

週（月曜日～日曜日）	接種回数		接種回数 合計
	立川市民	立川市民以外	
合計回数			
合計回数×2,000円			申請額（円）

