

山形県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進協力金
申請連絡票

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【申請者情報】

医療機関名称	
開設者氏名	
郵便番号・住所	〒
電話番号	
担当者氏名（問い合わせ先）	
所属部署	
電話番号	
メールアドレス	

【確認事項】

「確認内容」に該当する場合、チェックボックスを■又は☑としてください。

チェックボックス	確認内容
<input type="checkbox"/>	山形県暴力団排除条例（平成 23 年山形県条例第 26 号）に規定する暴力団又は暴力団の構成員等に該当する代表者又は役員は、申請する医療機関の経営に参画していません。（申請要領Ⅳ「申請要件」）
<input type="checkbox"/>	申請要領の内容を確認し、接種回数等の事実との相違及び、提出書類の誤りがないことを確認しました。