

年 月 日

様

医療機関等名称

開設者氏名

電話番号

個別接種促進のための支援事業に係る請求書 (診療所)

6月5日から8月6日の期間において、別紙報告書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額

内訳

6月5日から8月6日の間

150回以上接種した取扱いとする週

週 (4週以上で、該当する週の接種について3,000円加算)

100回以上接種した取扱いとする週

週 (4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算)

接種回数 (予診のみを含めない)	週150回以上接種の加算 単価 3,000円/回		週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回		1日50回加算 ※同一日に左記の加算と重複は不可	
	回	円	円	円	日	円
6月5日の週	回	円	円	円	日	円
6月12日の週	回	円	円	円	日	円
6月19日の週	回	円	円	円	日	円
6月26日の週	回	円	円	円	日	円
7月3日の週	回	円	円	円	日	円
7月10日の週	回	円	円	円	日	円
7月17日の週	回	円	円	円	日	円
7月24日の週	回	円	円	円	日	円
7月31日の週	回	円	円	円	日	円
合計	回	円	円	円	日	円

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			