

愛媛県知事 中村 時広 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)

10月2日から12月3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

10月2日から12月3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)

※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間または休日における接種体制を要する。

接種回数 (予診のみを含めない)	週150回以上接種の加算		週100回以上接種の加算		1日50回加算	
	単価 3,000円/回		単価 2,000円/回		※同一日に左記の加算と重複は不可 また、当日に時間外等の体制を要する	
	回	円	円	円	日	円
10月2日の週	回	円	円	円	日	円
10月9日の週	回	円	円	円	日	円
10月16日の週	回	円	円	円	日	円
10月23日の週	回	円	円	円	日	円
10月30日の週	回	円	円	円	日	円
11月6日の週	回	円	円	円	日	円
11月13日の週	回	円	円	円	日	円
11月20日の週	回	円	円	円	日	円
11月27日の週	回	円	円	円	日	円
合計	回	円	円	円	日	円

(参考) 標榜する診療時間

日	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
備考	

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			