

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 (病院)

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日の間で、

50回以上/日の接種を週1日以上達成した週*

週 (4週以上で、医師・看護師等に係る交付)

※ 時間外、夜間または休日における接種体制の有無に関わらない。

(B)

	時間外等に接種体制を取り、 1日50回以上接種した加算		特別な接種体制を確保し、かつ、50回/日を週1日以上、4週間以上達成した場合 (1日に50回以上接種を行った日が対象)			
	日	円	医師に係る交付		看護師等に係る交付	
	時間	円	時間	円	時間	円
10月2日の週	時間	円	時間	円	時間	円
10月9日の週	時間	円	時間	円	時間	円
10月16日の週	時間	円	時間	円	時間	円
10月23日の週	時間	円	時間	円	時間	円
10月30日の週	時間	円	時間	円	時間	円
11月6日の週	時間	円	時間	円	時間	円
11月13日の週	時間	円	時間	円	時間	円
11月20日の週	時間	円	時間	円	時間	円
11月27日の週	時間	円	時間	円	時間	円
合計	時間	円	時間	円	時間	円
	(A)		(C)		(D)	

(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			