

様式3 (診療所用)

令和 4年 1月 00日

茨城県知事 様

※入力に当たっての注意事項
・ 開設者役職氏名 (理事長等の役職名を含む) と電話番号 (ハイフンあり) を入力してください。

記入例

医療機関等名称	医療法人 茨城会 ひよこクリニック
開設者役職氏名	理事長 茨城 太郎
電話番号	0000-00-0000

個別接種促進のための支援事業に係る請求書 (診療所)

5月9日から7月31日の期間において、別紙報告書のとおりに請求する。

総請求金額①の欄に今回の追加申請の請求金額を、既請求金額②の欄に第1期分の請求金額を記載し、総請求金額から既請求金額を引いた額を今回請求金額に記載するようお願いいたします。

総請求金額	¥3,040,000	①
既請求金額	¥2,840,000	② (協力金支給決定通知書の写しから転記)
今回請求金額	¥200,000	③ (①-②)

内訳

5月9日から7月31日の間
150回以上接種した取扱いとする週 4週
100回以上接種した取扱いとする週 4週

「接種回数」「〇〇回以上接種した取り扱いとする週」の数字が、様式2と合っているか確認をお願いします。
※様式2を150回(週150回以上)→150回(週100回以上)に修正した場合は、150回でも「100回以上取り扱いとする週」扱いになります。

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	
5月9日の週	150回 450,000円	0円	0日	0円
5月16日の週	150回 450,000円	0円	0日	0円
5月23日の週	150回 450,000円	0円	0日	0円
5月30日の週	150回 450,000円	0円	0日	0円
6月6日の週	150回 0円	300,000円	0日	0円
6月13日の週	140回 0円	280,000円	0日	0円
6月20日の週	140回 0円	280,000円	0日	0円
6月27日の週	140回 0円	280,000円	0日	0円
7月4日の週	50回 0円	0円	1日	100,000円
7月11日の週	0回 0円	0円	0日	0円
7月18日の週	0回 0円	0円	0日	0円
7月25日の週	0回 0円	0円	0日	0円
合計	1,220回 1,800,000円	1,140,000円	1日	100,000円

● 口座情報の入力 ●

受領方法：口座振替払

以前申請している場合でも、必ず口座情報の記入をお願いいたします。口座名義の確認できる書類(通帳等)の表記と同じになるように転記してください。フリガナ等、記載間違いの無いようご注意ください。

金融機関コード	0000	支店名	本店営業部
金融機関名	〇〇銀行	口座番号	1234567
預金種別	普通	フリガナ	イリヨウハウジン イバラキカイ ヒヨコクリニック
口座名義人	医療法人 茨城会 ひよこクリニック		

開設者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に本協力金の受領を委任するものとする。