

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

医療法人 ○○病院

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 (病院)

8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおり請求する。

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)の欄に第一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 ¥14,823,100 ①

既請求金額 ¥14,623,100 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

8月1日から10月2日の間

50回以上/日の接種を週1日以上達成した週

※1日に50回以上接種を行った日数・特別体制の延べ時間の数字が、様式2の数字と合っているか確認をお願いいたします。

9週 (4週以上で、医師・看護師等に係る追加交付)

(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50回以上接種の加算		医師に係る追加交付		看護師等に係る追加交付	
8月1日の週	2日	200,000円	10時間	75,500円	30時間	82,800円
8月8日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
8月15日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
8月22日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
8月29日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
9月5日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
9月12日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
9月19日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
9月26日の週	7日	700,000円	70時間	528,500円	210時間	579,600円
合計	58日	5,800,000円	570時間	4,303,500円	1710時間	4,719,600円

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。

● 口座情報の入力 ● 受領方法：口座振替払

金融機関コード	0000	支店コード	000
金融機関名	○○銀行	支店名	○○支店
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ	イリヨウホウジン マルマルピヨウイン		
口座名義人	医療法人 ○○病院		

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。