

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）

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
 8月1日から10月2日の間
 150回以上接種した取扱いとする週
 100回以上接種した取扱いとする週

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2期分の請求金額を記載。
 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	¥2,640,000	②（協力金支給決定通知書の写しから転記）
今回請求金額	¥400,000	③（①-②）

内訳

「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	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	
	（予診のみを含めない）	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
8月1日の週	150回	450,000円	0円	0日	0円
8月8日の週	150回	450,000円	0円	0日	0円
8月15日の週	150回	450,000円	0円	0日	0円
8月22日の週	150回	450,000円	0円	0日	0円
8月29日の週	150回	0円	300,000円	0日	0円
9月5日の週	140回	0円	280,000円	0日	0円
9月12日の週	140回	0円	280,000円	0日	0円
9月19日の週	140回	0円	280,000円	0日	0円
9月26日の週	50回	0円	0円	1日	100,000円
合計	1,220回	1,800,000円	1,140,000円	1日	100,000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	〇〇銀行	支店名	本店営業部
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ	イリヨウホウジン 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。