

年 月 日

徳島県知事 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）

4月1日から6月4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

4月1日から6月4日の間
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	
4月1日の週	日	円	時間	円	時間	円
4月3日の週	日	円	時間	円	時間	円
4月10日の週	日	円	時間	円	時間	円
4月17日の週	日	円	時間	円	時間	円
4月24日の週	日	円	時間	円	時間	円
5月1日の週	日	円	時間	円	時間	円
5月8日の週	日	円	時間	円	時間	円
5月15日の週	日	円	時間	円	時間	円
5月22日の週	日	円	時間	円	時間	円
5月29日の週	日	円	時間	円	時間	円
合計	日	円	時間	円	時間	円

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			