

品川区長 あて

「医療機関名」には、法人名だけでなく医療機関名称もご記入ください。
「開設者職氏名」には、**肩書と氏名**をご記入ください。

医療機関所在地

医療機関名

保険医療機関コード等
もしくは類似コード

開設者職氏名

（開設者が法人の場合は
法人名及び代表者名）

印

品川区新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業協力金請求書

このことについて、別紙実績報告書のとおり本事業に係る接種を実施したため、以下のとおり協力金の

〔 第 期 〕

請求金額

法人の場合、印鑑は代表者印（肩書の入った印鑑）です。
代表者印がない場合は社印と代表者の私印のセットでの押印をお願いします。（社印のみは不可）
法人格のない団体および個人は、私印での登録となります。
印鑑は朱肉を使用するもので、スタンプ印・プリント印は使用しないでください。

内訳

100回以上接種した取扱いとする週*

（4週以上で、該当する週の接種について1回当たり2,000円交付）

※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間または休日における接種体制を要する。

接種回数 (予診のみを含めない)	週100回以上接種の協力金 単価 2,000円/回
月 日の週	
合計	

参考記載：交付の対象となった接種の数

（参考）標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

振込先口座

品川区から私に支払われる公金については、下記の口座に振り込んでください。なお、振込手続き終了の通知は不要です。

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			