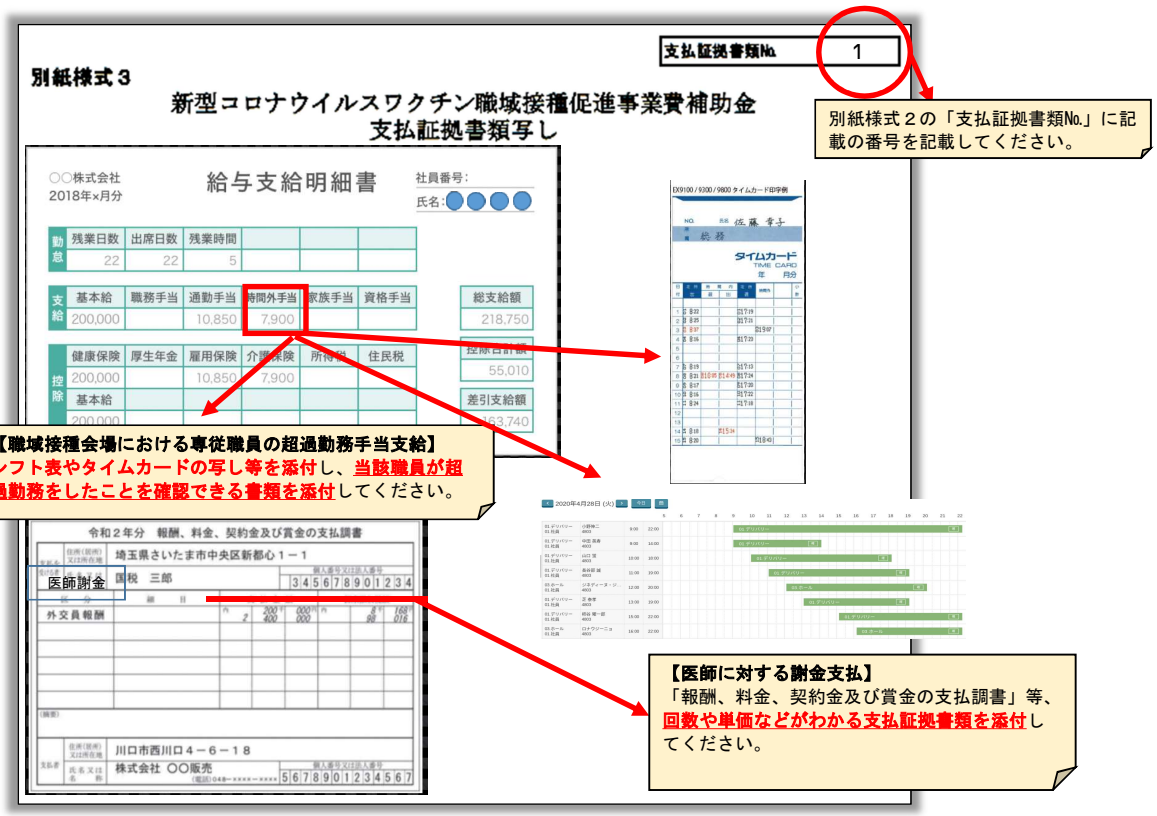
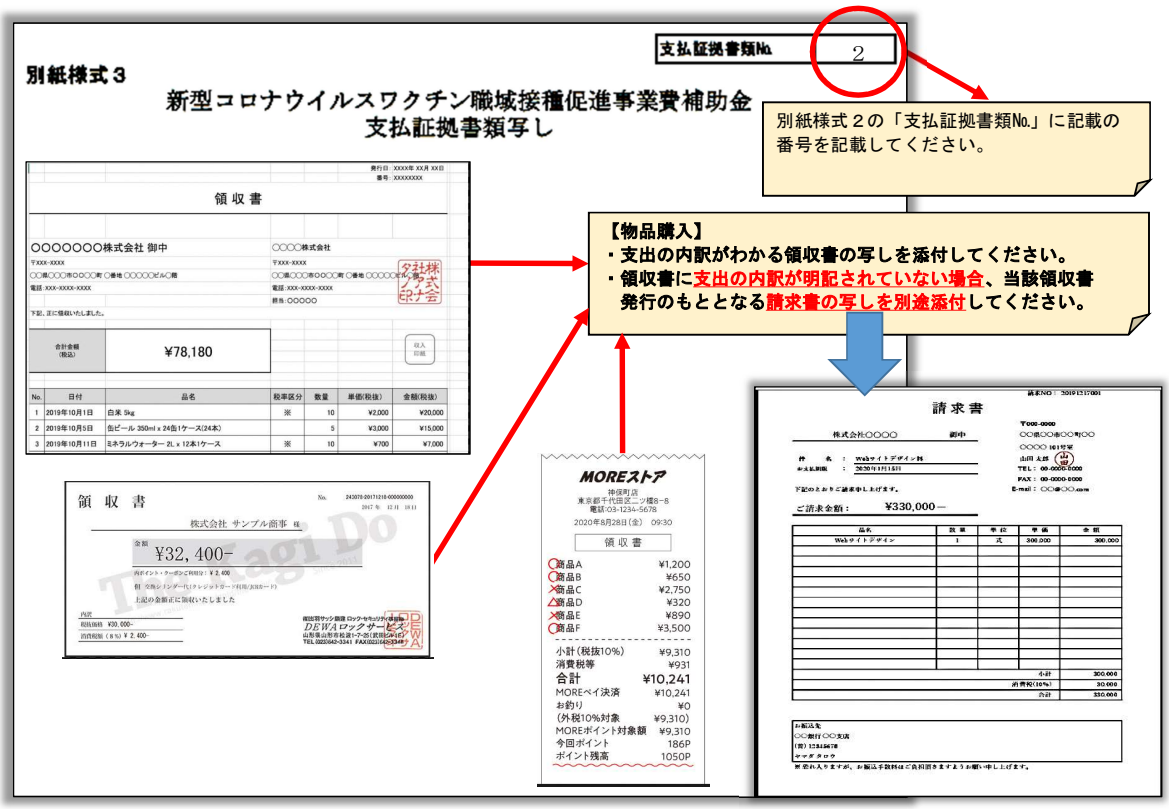

別紙様式３
支払証拠書類No. 1
新型コロナウイルスワクチン職域接種促進事業費補助金
支払証拠書類写し
別紙様式２の「支払証拠書類No.」に記載の番号を記載してください。
給与支給明細書
【職域接種会場における専従職員の超過勤務手当支給】
シフト表やタイムカードの写し等を添付し、当該職員が超過勤務をしたことを確認できる書類を添付してください。
令和２年分　報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書
医師謝金
【医師に対する謝金支払】
「報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書」等、回数や単価などがわかる支払証拠書類を添付してください。


別紙様式３
支払証拠書類No. 2
新型コロナウイルスワクチン職域接種促進事業費補助金
支払証拠書類写し
別紙様式２の「支払証拠書類No.」に記載の番号を記載してください。
領収書
【物品購入】
・支出の内訳がわかる領収書の写しを添付してください。
・領収書に支出の内訳が明記されていない場合、当該領収書発行のもととなる請求書の写しを別途添付してください。
請求書
MOREストア

口　座　振　替　申　出　書

令和　　年　　月　　日

北海道知事　様

住所　〒 063-8544　札幌市中央区北３条西６丁目

TEL　011-222-3333

氏名　北海道レンガ株式会社
　代表取締役社長　北海　太郎

今後北海道会計管理者から私あてに支払われる支払金については、次により口座振替払していただきたく申し出ます。

記

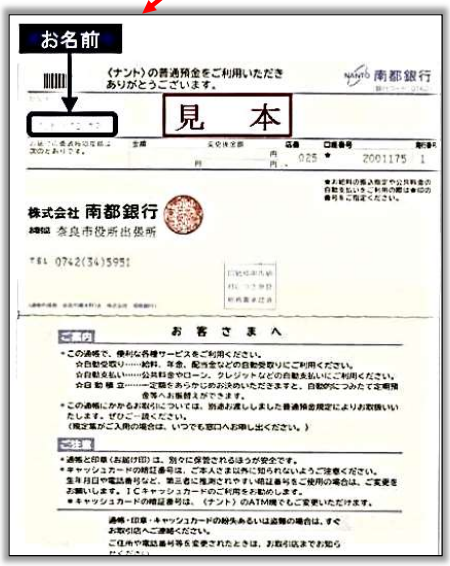
振込先金融機関名	南都　銀行　奈良市役所　本店　(支店)
預金種目	(普通預金)　・　当座預金
口座番号	2001175
フリガナ 口座名義	ホッカイドウアカレンガカブシキガイシャ 北海道赤レンガ株式会社 ダイヒョウトリシマリヤクシャチョウ　ホッカイ　タロウ 代表取締役社長　北海　太郎

（注）預金種目は、該当事項を○で囲んでください。

※この欄は、押印を省略する場合に記録してください。

	氏　名	連絡先
本件責任者	北海　太郎	011-222-3333
担当者	石狩　二郎	011-333-4444

※　振込不能防止のため、上記内容が確認できる通帳写し等を添付してください。



請求総括書（V-SYSで出力）

[redacted]民健康保険団体連合会　御中

医療機関等の所在地：札幌市中央区北３条西６丁目
代表者氏名：代表取締役社長　北海　太郎
電話番号：011-222-3333

コロナワクチン接種費等　請求総括書

施設等区分：2
医療機関等番号（10桁）：9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
医療機関等名称：テスト

2021年04月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額（税込み）	決定件数	決定金額（税込み）
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	3,982	9,067,014		
	小計	3,982	9,067,014		
合計		3,982件	9,067,014円		

↑太枠内に記載すること

（単価（税抜き））

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内接種分含む	対象
	✓

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

市町村別請求書（V-SYSで出力）

○○○市区町村長　様
市区町村番号 □□□□□□

医療機関等の所在地
代表者氏名
電話番号

コロナワクチン接種費等　市区町村別請求書

被接種者区分：　1 ｸｰﾎﾟﾝ券なし　2 ｸｰﾎﾟﾝ券あり
医療機関等番号（10桁）：□□□□□□□□□□
医療機関等名称　：　○○クリニック

20　年　月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額（税込み）	決定件数	決定金額（税込み）
予診のみ	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

≪単価（税抜き）≫

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内接種分含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

複数月にわたり請求している場合は、すべての月の請求書を添付してください。

【接種回数】
・別紙様式１の⑮及び⑰と一致します。