

横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書

令和 年 月 日

横浜市長

所在地

名称

電話番号

代表者氏名 _____ 印

令和 年 月分の肺炎球菌ワクチン接種助成費を次のとおり請求します。

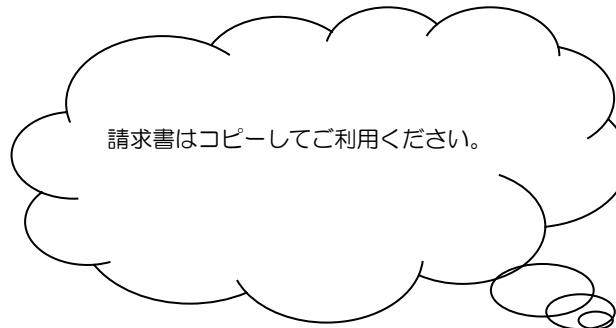
円 ※左記のみ金額訂正不可

助成費請求内訳

総接種人数	助成費単価	請求額
人	3,000円	円

※請求額は総接種人数×3,000円

※必ず接種人数分の肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券を添付してください。



記入例

第2号様式（第10条第1項第1号）

【医師会未加盟で横浜市と個別に契約されている医療機関の場合】

任意の6桁の番号を指定していただける場合は、通帳に記載することができます。
記載がない場合、振込者に「ヨコハマシ」と表示されるだけになります。

請求番号：123456

横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書

年 月 日

横浜市長

所在 地 横浜市中区本町六丁目50番地の10
名 称 横浜健康福祉クリニック
電 話 番 号 045-671-3891
代表者 氏 名 障福 健太郎

印

契約書と同じ印をご捺印ください。
(シャチハタ不可)

令和6年10月分の肺炎球菌ワクチン接種助成費を次のとおり請求します。

3,000 円 ※左記のみ金額訂正不可

助成費請求内訳

総接種人数	助成費単価	請求額
1人	3,000円	3,000円

※請求額は総接種人数×3,000円

※必ず接種人数分の肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券を添付してください。

【請求書の提出（手引を御確認ください）】

医師会加入医療機関 ⇒ 翌月10日必着で横浜市医師会へ

個別契約医療機関 ⇒ 翌月20日頃までに横浜市健康福祉局障害自立支援課へ