

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 _____ ㊞

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。

請求書はコピーしてご利用ください。

記入例

【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: 1 2 3 4 5 6

第2号様式（第10条第1項第1号）

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

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