

## 新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（診療所）

(1/2)

法人格を有する場合は、法人名から記入してください。  
 〇座名義人は法人格を有しているが、医療機関等名称に法人格が確認できない場合、別人格となるため医療機関への確認作業が生じます。  
 （確認作業が必要となる例）  
 ：医療機関等名称 △△医院、〇座名義人 医療法人〇〇会△△医院

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

※本様式において「時間外等」は、時間外の他に、夜間・休日を目指す。

時間外等に接種体制を用意した場合は「〇」を記入してください。

(木) (金) (土)

週の接種回数

週の回数区分

〇で囲む

備考

週の接種回数は、各週の日曜日から土曜日で算定します。

|                     |      | 2/5  | 2/6 | 2/7  | 2/8  | 2/9  | 2/10 | 2/11 |      |                  |                  |  |
|---------------------|------|------|-----|------|------|------|------|------|------|------------------|------------------|--|
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      | ○    |     |      |      |      |      | ○    | 190回 | 100回未満<br>100回以上 |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      | 20  | 20   | 20   | 30   | 20   | 30   |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   | 50   |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 2/19 |     | 2/20 |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      |      |     |      |      |      |      |      | 140回 | 100回以上           |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 2/26 |     | 2/27 |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      |      |     |      |      |      |      |      | 110回 | 100回以上           |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 3/5  |     | 3/6  |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      |      |     |      |      |      |      |      | 140回 | 100回以上           |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   |      |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 3/12 |     | 3/13 | 3/14 | 3/15 | 3/16 | 3/17 | 3/18 |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      | ○    |     |      |      |      |      |      | ○    | 140回             | 100回未満<br>100回以上 |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      | 15  | 15   | 15   | 20   | 15   | 20   |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   | 40   |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 3/19 |     | 3/20 | 3/21 | 3/22 | 3/23 | 3/24 | 3/25 |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      | ○    |     |      |      |      |      |      | ○    | 110回             | 100回未満<br>100回以上 |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 |      | 10  | 10   | 10   | 20   | 10   | 20   |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   | 30   |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
|                     |      | 3/26 |     | 3/27 | 3/28 | 3/29 | 3/30 | 3/31 |      |                  |                  |  |
| 時間外等の接種体制を取った日に○を記載 |      | ○    |     |      |      |      |      |      |      | 140回             | 100回未満<br>100回以上 |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域以外 | 80   | 40  |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |
| 接種回数（予診のみを含めない）     | 職域   | 20   |     |      |      |      |      |      |      |                  |                  |  |

職域接種は、本来、本支援金の対象とはなりません。2枚目問4の条件を満たす場合は個別接種として取扱います。

職域接種のうち、2枚目問4の条件を満たす場合のみ、職域欄に回数を記入してください。

日曜日から土曜日までの合計より、選択してください。

(1) 100回未満  
100回未満の週で、1日に50回以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。  
※時間外等に接種体制を用意していることが必要。

(2) 100回以上  
対象期間中に4週以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。  
なお、100回以上の週と重複することはできません。  
※100回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(3) 150回以上  
対象期間中に4週以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。  
なお、100回以上の週と重複することはできません。  
※150回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(4) 接種回数の選択（150回以上の週を100回以上の週として取り扱う場合）  
4週以上の接種（予診を含まない）が支援対象となるため、150回以上の週を100回以上の週として選択することで支援要件を満たすことがあります。  
その際は、150回以上接種していても、100回以上を選択する場合は100回以上に○してください。  
※100回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(例) 100回接種を3週、150回接種を5週実施した場合

①実績のとおり計算した場合  
要件を満たすのは150回の週のみ (150×5週) ×3,000円=2,250,000円の支援金

②150回の週のうち、1週を100回以上の週として選択した場合  
100回の週4週 (100回×3週+150×1週) ×2,000円=900,000円  
150回の週4週 (150回×4週) ×3,000円=1,800,000円  
以上より、900,000円+1,800,000円=2,700,000円の支給

日曜日から土曜日までの合計より、選択してください。

(1) 100回未満

100回未満の週で、1日に50回以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。

※時間外等に接種体制を用意していることが必要。

(2) 100回以上

対象期間中に4週以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。

なお、150回以上の週と重複することはできません。

※100回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(3) 150回以上

対象期間中に4週以上の接種（予診を含まない）がある場合、支援対象となります。

なお、100回以上の週と重複することはできません。

※150回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(4) 接種回数の選択（150回以上の週を100回以上の週として取り扱う場合）

4週以上の接種（予診を含まない）が支援対象となるため、150回以上の週を100回以上の週として選択することで支援要件を満たすことがあります。

その際は、150回以上接種していても、100回以上を選択する場合は100回以上に〇してください。

※100回以上の接種を行ったそれぞれの週で、時間外等に接種体制を1日以上用意していることが必要。

(例) 100回接種を3週、150回接種を5週実施した場合

①実績のとおりに計算した場合

要件を満たすのは150回の週のみ  $(150 \times 5 \text{週}) \times 3,000 \text{円} = 2,250,000 \text{円}$ の支援金

②150回の週のうち、1週を100回以上の週として選択した場合

100回の週4週  $(100 \text{回} \times 3 \text{週} + 150 \times 1 \text{週}) \times 2,000 \text{円} = 900,000 \text{円}$

150回の週4週  $(150 \text{回} \times 4 \text{週}) \times 3,000 \text{円} = 1,800,000 \text{円}$

以上より、 $900,000 \text{円} + 1,800,000 \text{円} = 2,700,000 \text{円}$ の支給

|                  |          |
|------------------|----------|
| 150回以上接種した週の数    | 週 (A)    |
| 100回以上接種した週の数    | 4週 (B)   |
| 接種回数計（予診のみを含めない） | 580回 (C) |

（支援対象であるか確認するため、該当する項目にレ点を記入してください。）

問1 本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」に集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含まれない。

☒

問2 職域接種を実施していない

→ はい

☐

（はいの場合問3以降に回答する必要はありません。）

↓ いいえ

☒

問3 職域接種の実績は、本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」に全く含まれていない

→ はい

☐

（はいの場合問4以降に回答する必要はありません。）

↓ いいえ

☒

問4 本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」に含まれるのは以下の①及び②の両方を満たす職域接種の実績のみですか。

→ はい

☒

（条件を満たしていない職域接種は「接種回数（予診のみを含めない）」に計上することは出来ません。  
条件を満たさない職域接種の実績を除いた上で、問4で「はい」を選択ください。）

①中小企業の社員や学生等が出向いてきて医療機関内で接種を行った。  
（企業や大学などが指定した外部の接種会場に、医療機関が出張して接種した回数は含まれていない。）

②「中小企業（中小企業基本法（昭和38年法律第154号）第2条第1項に規定する中小企業を指す。）が商工会議所、総合型  
健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施した職域接種」又は「文部科学省が別に定める  
地域貢献の基準を満たす大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象に実施した職域接種」  
である。

○職域接種を依頼した事務局等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

名称

〇〇商工会議所

（※共同実施した事務局に、様式例の提出を求め添付願います。）

○職域接種を依頼した大学等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

名称

上記が事実と相違ないことを証明する。

実績の証明書となりますので、医療機関名、代表者名を記入の上、  
押印をお願いします。

医療法人〇〇会△△医院 理事長 □□□□ 印

## 記載例

様式3（診療所用）

令和5年3月27日

最後に接種した日を記入し、速やかに請求してください。

法人格を有する場合は、法人名から記入してください。  
口座名義人は法人格を有しているが、医療機関等名称に法人格が確認できない場合、別  
人格となるため医療機関への確認作業が生じます。  
（確認作業が必要となる例  
：医療機関等名称 △△医院、口座名義人 医療法人〇〇会△△医院）

山口県知事 村岡嗣政

医療機関等名称 医療法人〇〇会△△医院  
開設者氏名 理事長 □□□□  
電話番号 083-933-####

## 個別接種促進のための支援事業に係る請求書（診療所）

令和5年2月5日から3月31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 ¥1,160,000

内訳

令和5年2月5日から3月31日の間

150回以上接種した取扱いとする週※

100回以上接種した取扱いとする週※

※ 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。

様式2の「週の回数区分」で選択した週の数をご記入ください。  
（対象期間中に4週以上の接種実績が必要です。  
また、取扱い週それぞれに少なくとも1日は時間外等における接種体制が必要です。）

週（A） 4週以上で、該当する週の接種について3,000円加算）

4 週（B）（4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算）

| 接種回数<br>(予診のみを含めない) | 週150回以上接種の加算<br>単価 3,000円/回 | 週100回以上接種の加算<br>単価 2,000円/回 | 1日50回加算<br>※同一日に左記の加算と重複は不可<br>また、当日に時間外等の体制を要する |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 2月5日の週              | 190回                        | 円                           | 380,000円                                         |
| 2月12日の週             | 回                           | 円                           | 円                                                |
| 2月19日の週             |                             |                             | 円                                                |
| 2月26日の週             |                             |                             | 円                                                |
| 3月5日の週              |                             |                             | 円                                                |
| 3月12日の週             | 140回                        | 円                           | 280,000円                                         |
| 3月19日の週             | 110回                        | 円                           | 220,000円                                         |
| 3月26日の週             | 140回                        | 円                           | 280,000円                                         |
| 合計                  | 580回                        | 円                           | 1,160,000円                                       |

(C)

(参考) 標榜する診療時間

| 日  | 休診                     |
|----|------------------------|
| 月  | 9:00-12:00 13:00-18:00 |
| 火  | 9:00-12:00 13:00-18:00 |
| 水  | 9:00-12:00 13:00-18:00 |
| 木  | 9:00-12:00             |
| 金  | 9:00-12:00 13:00-18:00 |
| 土  | 9:00-12:00             |
| 備考 |                        |

標榜している診療時間を記入してください。

|         |                      |       |         |
|---------|----------------------|-------|---------|
| 金融機関コード | XXXX                 | 支店コード | XXX     |
| 金融機関名   | ●●銀行                 | 支店名   | ▲▲支店    |
| 預金種別    | 普通                   | 口座番号  | 7777777 |
| フリガナ    | 医療法人〇〇会△△医院 理事長 □□□□ |       |         |
| 口座名義人   | 医療法人〇〇会△△医院 理事長 □□□□ |       |         |

医療機関として発出する文書に番号を付さない場合、記入は不要です。

## 記載例

第 号

令和5年3月27日

法人格を有する場合は、法人名から記入してください。  
 □座名義人は法人格を有しているが、申請者氏名に法人格が確認できない場合、別人格となるため医療機関への確認作業が生じます。

(確認作業が必要となる例)

：申請者氏名△△医院

□座名義人 医療法人〇〇会△△医院)

最後に接種した日を記入し、速やかに申請してください。

申請書

氏名

山口市滝町1番1号

医療法人〇〇会△△医院

理事長 □□□□

電話番号 083-933-####

FAX番号 083-933-####

(担当者名) ■■ ■■

請求書等の事務手続で確認することがあります。代表者等の責任者でなく、実際に事務手続をされる担当者をご記入ください。

新型コロナウイルスワクチン接種（個別接種促進）支援金

支給申請について（令和5年2月5日から3月31日まで）

標記支援金について、次のとおり支給されるよう関係書類を添えて申請します。

様式3の「請求金額」と同じ金額をご記入ください。

1 申請金額 金 1,160,000 円

2 新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（様式2）

3 個別接種

平日に時間外等の接種体制（予約時間等）」の時間が分かるものを添付してください。

なお、当初予定していた時間がずれ込み、偶発的に時間外・夜間の時間帯に接種した場合は、時間外等の接種体制に該当しません。

4 添付書類

その他参考となる資料

中小企業の職域接種のうち、個別接種促進に係る接種を実施した場合、団体が作成した実績報告書添付用の書類を添付してください。

(実績報告書添付用)

記載例

令和5年3月27日

当団体では、令和5年2月5日から令和5年3月31日までに、医療機関  
医療法人〇〇会△△医院に出向いて職域接種を実施しました。

＜該当する場合はレ点を記入願います。＞

中小企業（中小企業基本法（昭和38 年法律第154 号）第2 条第1 項に  
規定する中小企業を指す。）が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等  
複数の企業で構成される団体である。



実績の証明書となりますので、  
押印をお願いします。

団体名 〇〇商工会議所  
代表者名 会頭 〇〇〇〇 印  
住所 〇〇市××町□□□□  
電話番号 ###-###-####