

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書 (病院)

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、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 △△病院、□座名義人 医療法人〇〇会△△病院)

(1/2)

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を

※本様式において「時間外等」は、時間外の他に、夜間・休日を指す。

支援の対象とならない日 (特別体制を敷いていない日、50回以上を達成していない日) の接種数を記載する必要はありません。

週で1日あたり50回以上の接種の実施ついて、該当する方に「O」で囲んでください。

		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	備考
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	2/5	2/6	2/7	2/8	2/9	2/10	2/11	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域	100				50	50		実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間		8				4	4		50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間		24				12	12		16時間 48時間
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	2/12	2/13	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域								職域接種は、本来、本支援金の対象とはなりません が、2枚目問4の条件と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。
(特別体制)医師の延べ時間									日曜日から土曜日までに、特別な体制を組んで接種 回数 (予診を含めない) を週1日以上達成した週が、 対象期間中に4週以上達成した場合、医師・看護師等 の時間数が支援対象となりますので、該当週の時間数 の合計をご記入ください。
(〃)看護師等の延べ時間									
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	2/19	2/20	2/21	2/22	2/23	2/24	2/25	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域								実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間									特別な体制を組んで、接種回数 (予診のみを含めない) 1日50回以上接種した場合、接種に従事した医 師・看護師等別に、延べ時間数をご記入ください。
(〃)看護師等の延べ時間									
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	2/26	2/27	2/28	3/1	3/2	3/3	3/4	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域	80				40	50		実施 / 12月29日は50回未満なので、 カウントされません。
(特別体制)医師の延べ時間		7				3	4		50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間		21				9	12		11時間 33時間
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	3/5	3/6	3/7	3/8	3/9	3/10	3/11	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域					40			実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間		6				3			50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間		18				9			6時間 18時間
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	3/12	3/13	3/14	3/15	3/16	3/17	3/18	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域	60						40	実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間		6						3	50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間		18						9	6時間 18時間
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	3/19	3/20	3/21	3/22	3/23	3/24	3/25	週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域	100	50	90				90	実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間		8	7	4					50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間		24	21	12					19時間 57時間
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	3/26	3/27	3/28	3/29	3/30	3/31		週で1日以上は1日50回以上接種
接種回数 (予診のみを含めない)	職域								実施 / 非実施
(特別体制)医師の延べ時間									50回以上接種した日の勤務時間計
(〃)看護師等の延べ時間									時間 時間

合計	
週で1日以上は1日50回以上接種した週の数	5週 (A)
50回以上接種した日の勤務時間計	58時間 (B) 174時間 (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。  レ

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  レ

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  レ

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  レ

(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。)

(大学附属病院以外の場合)

- 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。以下同じ。)」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(以下「大学等」という。))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

(※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

(大学附属病院の場合)

- ①大学附属病院内で接種を行った。又は、大学の附属病院が当該大学内で接種を行った。  
(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等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  ○○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○○会△△病院 理事長□□□□ 印

記載例

様式3 (病院用)

最後に接種した日を記入し、速やかに請求してください。

山口県知事 村岡嗣政 様

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 △△病院、口座名義人 医療法人〇〇会△△病院)

令和5年3月25日

医療機関等名称 医療法人〇〇会△△病院  
開設者氏名 理事長 〇〇〇〇  
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 (病院)

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 ¥918,140

内訳

令和5年2月5日から3月31日の間で、50回以上/日の接種を週1日以上達成した週

様式2の「週で1日以上は50回以上接種した週の数(A)」で計上された週の数をご記入ください。(対象期間中、4週以上の実績で交付あり)

5 週 (4週以上で、医師・看護師等に係る交付)  
(A)

特別 様式2の「50回以上接種した日の勤務時間計」をご記入ください。(上達成した場合)

Table with columns for dates, hours, and amounts for both doctors and nurses. Includes a total row at the bottom.

1時間7,550円で算定してください。

1時間2,760円で算定してください。

Payment information table including bank code, branch code, account type, and recipient name.

別記様式1 (病院用)

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

最後に接種した日を記入し、速やかに申請してください。

第 号

令和5年3月25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 △△病院  
□座名義人 医療法人〇〇会△△病院)

申請者 住所 山口市滝町1番1号  
氏名 医療法人〇〇会△△病院  
理事長 □□□□

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。

電話番号 083-933-####  
FAX番号 083-933-####  
(担当者名) ■■ ■■

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 918,140 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 個別接種促進のための支援事業に係る請求書 (様式3)
- 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25日

当団体では、令和5年2月5日から3月19日までに、医療機関  
医療法人〇〇会△△病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 ###-###-####