

記入例

(様式第2号)

堺市新型コロナウイルスワクチン接種促進協力金支給に係る実績報告書

年 月 日

堺市長様

自院での予約枠設定または集団接種会場への派遣を行っていない場合は、「×」を記入。

【対象期間】のうち、いずれかを記入。

対象期間 年 月 日から 年 月 日の期間において報告します。

イリスワクチンの接種を実施しましたので、以下のとおり実績を報告します。休診日の場合は、「×」を記入。

	イリスワクチンの接種を実施しましたので、以下のとおり実績を報告します。							週の接種回数合計	
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)		
5月 1日の週	5/1	5/2	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7	100回	
標榜する診療時間	9:00~13:00 15:00~20:00	15:00~20:00	9:00~13:00 15:00~20:00	×	9:00~13:00 15:00~20:00	9:00~13:00	×		
予約枠設定または集団接種会場への派遣を行った時間	9:00~13:00	9:00~13:00	×	×	18:00~20:00	9:00~13:00	9:00~17:00		
時間外等の接種体制確保の有無	×	○	×	×	○	○	○		
接種回数	①職域以外	0	50	0	0	0	25		0
	②職域	0	0	0	0	25	0		0
5月 8日の週	5/8	5/9	5/10	5/11	5/12	5/13	5/14		100回
標榜する診療時間	9:00~13:00 15:00~20:00	15:00~20:00	9:00~13:00 15:00~20:00	×	9:00~13:00 15:00~20:00	9:00~13:00	×		
予約枠設定または集団接種会場への派遣を行った時間	9:00~13:00	9:00~13:00	×	×	18:00~20:00	9:00~13:00	9:00~17:00		
時間外等の接種体制確保の有無	×	○	×	×	○	○	○		
接種回数	①職域以外	0	50	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	50	0	0	
5月 15日の週	5/15	5/16	5/17	5/18	5/19	5/20	5/21	100回	
標榜する診療時間	9:00~13:00 15:00~20:00	15:00~20:00	9:00~13:00 15:00~20:00	×	9:00~13:00 15:00~20:00	9:00~13:00	×		
予約枠設定または集団接種会場への派遣を行った時間	9:00~13:00	9:00~13:00	×	×	18:00~20:00	9:00~13:00	9:00~17:00		
時間外等の接種体制確保の有無	×	○	×	×	○	○	○		
接種回数	①職域以外	0	50	0	0	0	0		0
	②職域	0	0	0	0	50	0		0
5月 22日の週	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28		100回
標榜する診療時間	9:00~13:00 15:00~20:00	15:00~20:00	9:00~13:00 15:00~20:00	×	9:00~13:00 15:00~20:00	9:00~13:00	×		
予約枠設定または集団接種会場への派遣を行った時間	9:00~13:00	9:00~13:00	×	×	18:00~20:00	9:00~13:00	9:00~17:00		
時間外等の接種体制確保の有無	×	○	×	×	○	○	○		
接種回数	①職域以外	0	50	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	50	0	0	

集団接種会場へ向向いた（且つ自院が休診日）場合は、
・「標榜する診療時間」は、「×」と記入。
・「予約枠設定または集団接種会場への派遣を行った時間」は従事された時間を記入。
※集団接種会場で従事された際の接種回数を計上することはできません。

【対象期間】

- ・第1期：令和5年5月1日～令和5年7月2日
- ・第2期：令和5年7月3日～令和5年9月3日
- ・第3期：令和5年9月4日～令和5年11月5日
- ・第4期：令和5年11月6日～令和5年12月31日

【支給条件】

- 対象期間内において、(1) (2) の両方を満たしていること。
- (1) 週100回以上接種を4週以上実施
 - (2) 週100回以上接種を行った週のうち、少なくとも1日は、時間外等の接種体制を用意

【時間外等の定義】

- ・時間外：当該診療所の標榜する診療時間以外の時間
(診療所の診療時間に関わらない。)
- ・夜間：18時以降
- ・休日：日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日
加えて、土曜日も休日として取り扱う
(診療所の診療日に関わらない。)

「②職域」に計上の場合は、本様式3ページ目問4ア及びイの両条件を満たすものに限りです。

黄色色付け部分は、【支給条件】(1) (2) ともに満たすため、支給対象条件に当てはまります。

		日ごとの実績							週の接種回数合計
		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	
5月 29日の週		5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	100回
標榜する診療時間	9:00～13:00 15:00～20:00	15:00～20:00	9:00～13:00 15:00～20:00	×	9:00～13:00 15:00～20:00	×	×		
予約枠設定または 集団接種会場への派遣を行った 時間	9:00～13:00	×	×	×	×	×	×		
時間外等の接種体制 確保の有無	×	×	×	×	×	×	×		
接種回数	①職域以外	100	0	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	0	0	0	
6月 5日の週		6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	50回
標榜する診療時間	9:00～13:00 15:00～20:00	15:00～20:00	9:00～13:00 15:00～20:00	×	9:00～13:00 15:00～20:00	9:00～13:00	×		
予約枠設定または 集団接種会場への派遣を行った 時間	9:00～13:00	9:00～13:00	×	×	18:00～20:00	9:00～13:00	9:00～17:00		
時間外等の接種体制 確保の有無	×	○	×	×	○	○	○		
接種回数	①職域以外	50	0	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	0	0	0	
6月 12日の週		6/12	6/13	6/14	6/15	6/16	6/17	6/18	50回
標榜する診療時間	9:00～13:00 15:00～20:00	15:00～20:00	9:00～13:00 15:00～20:00	×	9:00～13:00 15:00～20:00	9:00～13:00	×		
予約枠設定または 集団接種会場への派遣を行った 時間	9:00～13:00	×	×	×	×	×	×		
時間外等の接種体制 確保の有無	×	×	×	×	×	×	×		
接種回数	①職域以外	50	0	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	0	0	0	
6月 19日の週		6/19	6/20	6/21	6/22	6/23	6/24	6/25	50回
標榜する診療時間	9:00～13:00 15:00～20:00	15:00～20:00	9:00～13:00 15:00～20:00	×	9:00～13:00 15:00～20:00	9:00～13:00	×		
予約枠設定または 集団接種会場への派遣を行った 時間	9:00～13:00	×	×	×	×	×	×		
時間外等の接種体制 確保の有無	×	×	×	×	×	×	×		
接種回数	①職域以外	50	0	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	0	0	0	
6月 26日の週		6/26	6/27	6/28	6/29	6/30	7/1	7/2	50回
標榜する診療時間	9:00～13:00 15:00～20:00	15:00～20:00	9:00～13:00 15:00～20:00	×	9:00～13:00 15:00～20:00	9:00～13:00	×		
予約枠設定または 集団接種会場への派遣を行った 時間	9:00～13:00	×	×	×	×	×	×		
時間外等の接種体制 確保の有無	×	×	×	×	×	×	×		
接種回数	①職域以外	50	0	0	0	0	0	0	
	②職域	0	0	0	0	0	0	0	

【支給条件】(1)は満たすが、(2)を満たさないため、支給対象条件に当てはまりません。

【支給条件】(2)は満たすが、(1)を満たさないため、支給対象条件に当てはまりません。

【支給条件】(1)(2)ともに満たさないため、支給対象条件に当てはまりません。

【支給条件】(1)(2)ともに満たさないため、支給対象条件に当てはまりません。

【支給条件】(1)(2)ともに満たさないため、支給対象条件に当てはまりません。

注意

- ① 本様式において、「時間外等」は、時間外の他に夜間・休日を指します。
- ② 「時間外等の接種体制確保の有無」は、有の場合は○、無の場合は×と記入してください。
- ③ 本様式において、「接種回数」は、予診のみは含みません。

支援対象であるかを確認するため、該当する項目に○を記入してください。

確認事項		回答
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。	はい ・ いいえ
問2	職域接種を実施していない。 ※「はい」の場合は問3以降に回答する必要はありません。	はい ・ 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」の場合は問4以降に回答する必要はありません。	はい ・ いいえ
問4	本報告書（様式第2号）の「接種回数（予診のみを含めない）」の「②職域」に含まれるのは以下のア及びイの両方の条件を満たす職域接種の実績のみですか。 ※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）」に計上することはできません。条件を満たさない職域接種の実績を除いた上で、本問で「はい」を選択ください。 ア. 中小企業の社員や学生等が出向いてきて診療所内で接種を行った（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）。 イ. 「中小企業（中小企業法（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。	はい ・ いいえ
問5	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）を記載願います。 ※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。	
問6	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）を記載願います。	

上記が事実と相違ないことを証明する。

年 月 日

肩書名+氏名の形式が望ましいです。

代表者職名