

(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

医療機関名(医療機関番号10桁) ()

対象期間 年 月 日から 月 日の期間において、新型コロナウイルスワクチンの接種を実施しましたので、以下のとおり報告します。

		日ごとの実績							週の接種回数合計
		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								

		日ごとの実績							週の接種回数合計
		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								
月	日の週	/	/	/	/	/	/	/	回
標榜する診療時間									
予約枠設定または 集団接種会場への派遣 を行った時間									
時間外等の接種体制 確保の有無									
接種回数	①職域以外								
	②職域								

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 3 8 年法律第 1 5 4 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

代表者職名