

実施申込書チェックシート
(**新型コロナ・インフル**)

実施申込書(報告書)について、以下の点を貴院で確認いただき、
漏れ、不備等があった場合は、随時追記等していただきますようお願いいたします。
なお、被接種者が市外住民の場合は、堺市に請求することができません。

チェック事項	チェック欄
接種年月日(申込年月日)は、記載されていますか。 (例)○ 令和06年01月01日 × 令和_6年_1月_1日(必ず0を入れてください)	<input type="checkbox"/>
被接種者の「氏名」「フリガナ」「住所」は、記載されていますか。 字が薄い、不明瞭な場合は、貴院で追記等していただきますようお願いいたします。	<input type="checkbox"/>
該当する性別にチェックをいれていますか。	<input type="checkbox"/>
被接種者の生年月日について、和暦のチェック欄に漏れはありませんか。 (例) ○ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和33年01月01日 × <input checked="" type="checkbox"/> 昭和33年_1月_1日(0を入れてください)	<input type="checkbox"/>
被接種者は対象者年齢に達していますか。 <u>60～65歳未満の方は、身体障害手帳1級(写)を添付していますか。</u>	<input type="checkbox"/>
診察前の体温は、記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
Lotシールは貼付もしくは記載されていますか。 また、接種見合わせの場合、見合わせた理由について、 質問事項の番号を記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
「医療機関コード番号」「医療機関名」「接種医師名」は記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
自己負担額免除の場合、挙証資料を添付していますか。(公害はインフルエンザのみ) 例)介護保険料(確定保険料)納入通知書、生活保護法医療券、堺市公害医療手帳(写)	<input type="checkbox"/>
「医療機関コード番号※」「医療機関名」「接種医師名」は記載されていますか。 ※医療機関コードは堺市の都合上「888888」と記載ください。	<input type="checkbox"/>

本院は、当月分の請求において、住所、年齢等を確認し
被接種者が、(**新型コロナ・インフルエンザ**)の対象者であることを確認しました。

令和 年 月 日 医療機関名

担当者氏名

T E L