

新型コロナウイルスワクチン接種緊急支援事業 作成マニュアル

新型コロナウイルスワクチン接種緊急支援事業に係る実績報告書及び請求書について、下記事業一覧のうち、対応するページのマニュアルを参考に作成してください。

○個別接種の促進

| 事業名 | 内容 | 提出書類 |
|--------------------------------|---|--|
| ① 診療所における 接種体制確保協 助力金 | (ア) 週100回以上の接種を令和5年2月5日から令和5年3月31日 までの期間に4週間以上行う場合 ⇒ + 2,000円/回 週150回以上の接種を令和5年2月5日から令和5年3月31日 までの期間に4週間以上行う場合 ⇒ + 3,000円/回 ※ 令和4年10月以降においては、週100回(150回)以上の接 種を行ったそれぞれの週のうち、少なくとも1日は、時間外、 夜間又は休日に係る接種体制を用意していること。 | 【必須】個別接種支援事業申 請様式 ・様式1: 請求書 ・様式2(診療所用): 新型コロナウイルスワク チン接種の実績報告書 (診療所) 、職域接種チェックシート 【今回が初めての申請となる 場合】 通帳の表紙及び見開き ページ(カナ名義が確認で きる箇所)をスキャンした データ 【請求者名と口座名義人が 異なる場合】 委任状 |
| | (イ) 診療所が50回以上/日の接種を行った場合は、1日あたり定額 で10万円を交付。 ※ (ア)に該当しない週に限る((ア)と重複での交付は不可) ※ 令和4年10月以降においては、50回以上の接種を行ったそ の日に、時間外、夜間又は休日に係る接種体制を用 意していること。 | |
| ② 病院における接 種体制確保協力 金 | 病院が特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日令 和5年2月5日から令和5年3月31日までの期間に4週間以上 行う場合に交付。 ○医 師 1人1時間当たり7,550円 ○看護師等 1人1時間当たり2,760円 | 【必須】個別接種支援事 業申請様式 ・様式1: 請求書 ・様式2(病院用): 新型コロナウイルスワ クチン接種の実績報告 書(病院) 、職域接種チェックシ ート 【今回が初めての申請と なる場合】 通帳の表紙及び見開き ページ(カナ名義が確 認できる箇所)をスキャ ンしたデータ 【請求者名と口座名義人 が異なる場合】 委任状 |

診療所における接種体制確保協助力金・・・・・・・・・・ P 2

病院における接種体制確保協助力金・・・・・・・・・・ P 5

請求書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 8

○ 診療所における接種体制確保協力金

シート「診療所用」

診療所が行う請求のうち、診療所における接種体制確保協力金に関する実績報告書の作成を行います。

(入力手順)

各診療所での接種実績に応じて で着色されているセルに対して必要な入力を行います。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|--------|--------|-------------------|----------|--------|
| 様式第2号(その1) ① | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等名称 | | | | | | | 医療機関〇〇クリニック | | | | | (診療所用) |
| 新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書(診療所) | | | | | | | | | | | | |
| 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・休日を指す。 | | | | | | | | | | | | |
| | (日) | (月) | (火) | (水) | (木) | (金) | (土) | 週の接種回数 | 週の回数区分 | 週のうち、時間外等の接種体制の実施 | 備考 | |
| 時間外等の接種体制の有無 | 10/2 | 10/3 | 10/4 | 10/5 | 10/6 | 10/7 | 10/8 | | | 100回未満 | ③ | |
| 接種回数(予診のみを含めない) | | | | | | | | | | | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | 10/9 | 10/10 | 10/11 | 10/12 | 10/13 | 10/14 | 10/15 | | | 100回未満 | — | |
| 接種回数(予診のみを含めない) | | | | | | | | | | | | |

① 医療機関等名称の入力

請求書に記載した医療機関名が転記されます。内容にお間違いがないかご確認ください。

② 接種回数を入力

カレンダーに、各日ごとに接種した回数を入力してください。

※ 今回申請対象期間の令和5年2月5日(日)～3月31日(金)について入力してください。

※ 高齢者への接種に限らず、全ての接種が対象となります。

※ 「接種回数」の欄は、「予診のみ」を含みませんのでご注意ください。

③ 週の回数区分の入力

基本的には、②で入力した接種回数により自動入力されます。下記の場合のみプルダウンにより適宜選択を行ってください。

※プルダウンを手入力するパターン

【具体例】

パターン①

1週目：150回

2週目：150回

3週目：150回

4週目：150回

5週目：150回（150回でカウント）

6週目：100回

7週目：100回

8週目：100回

〔150回の週：5回
100回の週：3回〕

パターン②

1週目：150回

2週目：150回

3週目：150回

4週目：150回

5週目：150回（100回でカウント）

6週目：100回

7週目：100回

8週目：100回

〔150回の週：4回
100回の週：4回〕

① $150 \times 5 \times 3,000 + 100 \times 3 \times 0 = 2,250,000$ 円

② $150 \times 4 \times 3,000 + (100 \times 3 + 150 \times 1) \times 2,000 = 2,700,000$ 円

⇒②のパターンの方が高い金額となる。

このような場合に、150回以上接種した週について、「150回以上」から「100回以上」に変更するかは請求者の判断となる。下図のとおりリストから選択して変更を行う。

| 週の接種回数 | 週の回数区分 |
|--------|--------|
| 0 | 150回以上 |
| 0 | 100回未満 |
| シ | 100回以上 |
| 0 | 150回以上 |

④ 時間外等の接種体制の有無

時間外等の接種体制が有った日については、プルダウンより「○」を入力してください。

接種チェックシート（診療所）

（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

（※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

職域接種を行っているかの、チェックシートです。それぞれの問いにお答えください。
職域接種チェックシートの提出は、必須となります。

○ 病院における接種体制確保協力金

シート「病院用」

病院が行う請求のうち、病院における接種体制確保協力金に関する実績報告書の作成を行います。

(入力手順)

必要に応じて で着色されているセルに対して必要な入力を行います。

様式第2号 (その2)
医療機関等名称 医療機関〇〇病院 (病院用)

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書 (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行ったので報告する。
※本様式において「時間外等」は、時間外その他に、夜間・休日を指す。

| | 週 | | | | | | | 週の合計 ※特別体制については、50回行った日数の 総数のみとしよ | 時間外等に接種体制を 取った上で、50回以上 接種を行った日 | 1日当たり 50回以上接種を 実施した週 | 備考 |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|--------------------------------------|----------------------------|----|
| | (日) | (月) | (火) | (水) | (木) | (金) | (土) | | | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | 10/2 | 10/3 | 10/4 | 10/5 | 10/6 | 10/7 | 10/8 | | | | |
| 接種回数 (予診のみを 2) | | | | | | | | | 0日 | | |
| (特別体制)医師の延べ時間 | | | | | | | | 0時間 | | | |
| (〃)看護師等の延べ時間 | | | | | | | | 0時間 | | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | 10/9 | 10/10 | 10/11 | 10/12 | 10/13 | 10/14 | 10/15 | | | | |
| 接種回数 (予診のみを含めない) 3 | | | | | | | | | 0日 | | |
| (特別体制)医師の延べ時間 | | | | | | | | 0時間 | | | |
| (〃)看護師等の延べ時間 | | | | | | | | 0時間 | | | |

① 医療機関等名称の入力

請求書に記載した医療機関名が転記されます。内容にお間違いがないかご確認ください。

② 接種回数を入力

カレンダーに、各日ごとに接種した回数を入力してください。

※ 今回申請対象期間の令和5年2月5日(日)～3月31日(金)について入力してください。

※ 高齢者への接種に限らず、全ての接種が対象となります。

※ 「接種回数」の欄は、「予診のみ」を含みませんのでご注意ください。

③ 医師及び看護師等の延べ勤務時間の入力

カレンダーに、特別な体制を確保した場合の延べ勤務時間を医師、看護師等それぞれ記入してください。

※ 勤務時間については、接種に係る事前準備及び後片付けの時間を含みます。休憩時間は含みません。

※ また、特別な体制において、専用に事務の職員等を設置した場合は看護師等の区分として対象となります。

シート職域接種チェックシート（病院）

（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。）

（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

（※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

職域接種を行っているかの、チェックシートです。それぞれの問いにお答えください。

職域接種チェックシートの提出は、必須となります。

シート「請求書」

請求書に必要な項目の入力を行います。

(入力手順)

で着色されているセルに対して必要な入力を行います。

| | |
|---------------|---|
| 宮崎県知事 河野 俊嗣 殿 | |
| | ① |
| 所在地 | |
| 法人・ 医療機関名 | |
| 代表者職・氏名 | |

① 医療機関情報の入力

申請医療機関の所在地、名称、代表者職・氏名を入力してください。

請求金額 ￥0

内訳

〇〇〇〇年〇月〇日から〇〇〇〇年〇月〇日の間

①診療所における接種体制確保協力金（様式2） 0円

②病院における接種体制確保協力金（様式2） 0円

合計 0円

※ 請求金額の項目は、実績報告で作成したシートから自動入力されますので、入力は不要です。

(参考) 標榜する診療時間

| | | |
|----|---|--|
| ② | 日 | |
| | 月 | |
| | 火 | |
| | 水 | |
| | 木 | |
| | 金 | |
| | 土 | |
| 備考 | | |

② 医療機関の標榜する診療時間を入力してください。

③

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| 金融機関コード | | 支店コード | |
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 預金種別 | | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

③ 入力口座情報の入力

協力金の入金を希望される口座情報について入力してください。

※ なお、請求者名と口座名義人名が異なる場合は委任状の提出が必要となります。

④

| | |
|-----------------------|--|
| 所属先 | |
| 担当者フリガナ | |
| 担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 又は メールアドレス | |

④ 担当者の入力

担当者の方の所属先等を入力してください。

今年度から、押印不要になったため、請求書下部の担当者入力の欄は必須となります。

※担当者氏名欄はフルネーム