

様式第1号

令和 年 月 日

呉市長様

住 所
医療機関等名称
代表者職氏名
(開設者氏名)

印

呉市新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業支援金交付申請書
兼事業実績報告書(第2期)

このことについて、次により支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 申請額 金 円
- 2 実績報告内訳書(様式第2号のとおり)

様式第2号（第5条関係）

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

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。

| | (月) | (火) | (水) | (木) | (金) | (土) | (日) | 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 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|--------|---------|-------------------|----|
| | 7/3 | 7/4 | 7/5 | 7/6 | 7/7 | 7/8 | 7/9 | | | | |
| | | | | | | | | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 7/10 | 7/11 | 7/12 | 7/13 | 7/14 | 7/15 | 7/16 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 7/17 | 7/18 | 7/19 | 7/20 | 7/21 | 7/22 | 7/23 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 7/24 | 7/25 | 7/26 | 7/27 | 7/28 | 7/29 | 7/30 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 7/31 | 8/1 | 8/2 | 8/3 | 8/4 | 8/5 | 8/6 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 8/7 | 8/8 | 8/9 | 8/10 | 8/11 | 8/12 | 8/13 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 8/14 | 8/15 | 8/16 | 8/17 | 8/18 | 8/19 | 8/20 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 8/21 | 8/22 | 8/23 | 8/24 | 8/25 | 8/26 | 8/27 | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |
| | 8/28 | 8/29 | 8/30 | 8/31 | | | | | 該当を○で囲む | | |
| 時間外等の接種体制の有無 | | | | | | | | | 100回未満 | 無 | |
| 接種回数（予診のみを含めない） | | | | | | | | 回 | 100回以上 | 有 | |

| | |
|------------------|---|
| 接種回数計（予診のみを含めない） | 回 |
|------------------|---|

呉市長 様

医療機関等名称

開設者氏名

印

電話番号

個別接種促進のための支援事業に係る請求書

令和5年7月3日から令和5年8月31日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり呉市新型コロナウイルスワクチン個別接種促進支援事業支援金の支払を請求する。

請求金額 円

内訳

令和5年7月3日から令和5年8月31日の間

100回以上接種した取扱いとする週[※] 週（4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算）

※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間または休日における接種体制を要する。

| 接種回数 (予診のみを含めない) | 週100回以上接種の加算 | |
|---------------------|--------------|-------------|
| | 回 | 単価 2,000円/回 |
| 7月3日の週 | 回 | 円 |
| 7月10日の週 | 回 | 円 |
| 7月17日の週 | 回 | 円 |
| 7月24日の週 | 回 | 円 |
| 7月31日の週 | 回 | 円 |
| 8月7日の週 | 回 | 円 |
| 8月14日の週 | 回 | 円 |
| 8月21日の週 | 回 | 円 |
| 8月28日の週 | 回 | 円 |
| 合計 | 回 | 円 |

参考記載：各加算の対象となった接種の数 (回)

(参考) 標榜する診療時間

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

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| 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 | | | |