

医療機関名称 診療所
クリニック

診療所
クリニック

様式 1 (診療所用)

(1/3)

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。

[illegible]

医療機関等名称

診療所
クリニック

(2/3)

		9/12	9/13	9/14	9/15	9/16	9/17	9/18			
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域以外								回		
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域								回		
時間外の接種（予診のみも含める）									回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域以外								回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域								回		
		9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25			
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域以外								回		
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域								回		
時間外の接種（予診のみも含める）									回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域以外								回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域								回		
		9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2			
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域以外								回		
接種回数（予診のみを 含めない ）	職域								回		
時間外の接種（予診のみも含める）									回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域以外								回		
休日の接種（予診のみも含める）	職域								回		

接種回数計（予診のみを 含めない ） 8/1～	回
時間外接種計（予診のみも含める） 8/1～	回
休日接種計（予診のみも含める） 8/1～	回

(支援対象であるか確認するため、該当する項目に○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

☐

(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、本報告書に全く含まれていない

→ はい

☐

(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場合、実績に職域接種を含めて報告することは出来ません。職域接種の実績を報告書から除いた上で、問3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

上記が事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名称

(代表者職氏名)

様式2（大阪府向け診療所用）

大阪府知事 様

令和 年 月 日

郵便番号 〒
医療機関所在地
医療機関名称
医療機関名称（カナ）
代表者職氏名
代表者職氏名（カナ）
保険医療機関コード等
又は類似コード（10桁）

個別接種促進のための支援事業に係る請求書（診療所）

8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

8月1日から10月2日の間

150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3,000円加算）

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）

	接種回数 （予診のみを含めない）	週150回以上接種の加算 単価 3,000円/回		週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回		1日50回加算 ※同一日に左記の加算と重複は不可	
		回	円	円	日	円	円
8月1日の週	回	円	円	円	日	円	円
8月8日の週	回	円	円	円	日	円	円
8月15日の週	回	円	円	円	日	円	円
8月22日の週	回	円	円	円	日	円	円
8月29日の週	回	円	円	円	日	円	円
9月5日の週	回	円	円	円	日	円	円
9月12日の週	回	円	円	円	日	円	円
9月19日の週	回	円	円	円	日	円	円
9月26日の週	回	円	円	円	日	円	円
合計	回	円	円	円	日	円	円

※ 以下の項目については、Web申請される場合は入力不要です（Web申請で同じ項目を入力していただきます）。

また、第1期で申請された医療機関で、その後変更がない場合も入力不要です。

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			

【事務担当者】

部署名

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

この請求書（時間外及び休日対応に係る請求書）は各市町村に提出してください。
大阪府に提出していただいてもお支払いできません。

様式2（市町村向け診療所用）
令和 年 月 日

長 様

郵便番号	〒
医療機関所在地	
医療機関名称	
医療機関名称（カナ）	
代表者職氏名	
代表者職氏名（カナ）	
保険医療機関コード等 又は類似コード（10桁）	

コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書（診療所）

8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

8月1日から10月2日の間

	接種回数 （予診のみも含める）	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外	回	730円	円	円
休日接種回数	回	2,130円	円	円

（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			

【事務担当者】

部署名
担当者氏名
電話番号
メールアドレス