

医療機関等名称

様式 1（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）

令和 年 月 日

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。（集団接種実績を除く）

※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。								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
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)				
	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27	1/28				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	1/29	1/30	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	2/5	2/6	2/7	2/8	2/9	2/10	2/11				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	2/12	2/13	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	2/19	2/20	2/21	2/22	2/23	2/24	2/25				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			
	2/26	2/27	2/28	2/29	3/1	3/2	3/3				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								回			

接種回数計（予診のみを含めない）※集団接種（市内特設会場）の実績を含まないこと

上記が事実と相違ないことを証明する。

印

様式2（診療所用）

北九州市長 様

令和 年 月 日

住所	
医療機関等名称	
開設者氏名	印
電話番号	
記入者氏名	

個別接種促進のための支援事業に係る交付申請書兼交付請求書（診療所）

1月1日から3月3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	¥
------	---

- 【添付書類】 ①新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（様式1）（診療所用）
②請求書兼領収書（雑用）※登録された請求者番号（下6桁）を記入する場合、請求書欄の押印不要、また③の書類は提出不要
③下記【振込先】入力項目の内容が確認できる書類 ※A4用紙に印刷又は貼付して提出。
例）通帳の写し、インターネットバンキングの口座情報画面の写し 等
④時間外等の接種体制を用意したことの確認用チェックリスト（別紙1）

内訳

1月1日から3月3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 単価 2,000円/回
1月1日の週	回	円
1月8日の週	回	円
1月15日の週	回	円
1月22日の週	回	円
1月29日の週	回	円
2月5日の週	回	円
2月12日の週	回	円
2月19日の週	回	円
2月26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		木	
月		金	
火		土	
水			
備考			

※添付書類②請求書兼領収書（雑用）に登録された請求者番号（下6桁）を記入した場合、下記の記入は不要です。

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			