

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（第2期）

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。

第2期	(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				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	
	7/10	7/11	7/12	7/13	7/14	7/15	7/16				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	
	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	7/22	7/23				
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）	12	12	12	12	12	12	12	84回	100回未満	実施	
	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	7/30				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	
	7/31	8/1	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	
	8/7	8/8	8/9	8/10	8/11	8/12	8/13				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	
	8/14	8/15	8/16	8/17	8/18	8/19	8/20				
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）	12	12	12	12	12	12	12	84回	100回未満	—	
	8/21	8/22	8/23	8/24	8/25	8/26	8/27				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	—	
	8/28	8/29	8/30	8/31	9/1	9/2	9/3				
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）	12	12	12	12	12	12	30	102回	100回以上	実施	

接種回数計（予診のみを含めない）

882回

上記回数には、集団接種や職域接種の接種は含まない。

また、上記が事実と相違ないことを証明する。

医療法人〇〇会 ▼▼クリニック

令和5年 9月27日

四日市市長 様

医療機関等名称 医療法人〇〇会 ▽▽クリニック

// 住所 四日市市◇◇町0番00号

開設者氏名 理事長 〇〇 □□

印

電話番号 059-000-0000

個別接種促進のための支援事業に係る請求書（第2期）

令和5年7月3日から9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 **¥1,224,000**

内訳

令和5年7月3日から9月3日の間で、

100回以上接種した取扱いとする週*

6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	週のうち、時間外等 の接種体制の実施
7月3日の週	102回	204,000円	実施
7月10日の週	102回	204,000円	実施
7月17日の週	84回	0円	実施
7月24日の週	102回	204,000円	実施
7月31日の週	102回	204,000円	実施
8月7日の週	102回	204,000円	実施
8月14日の週	84回	0円	—
8月21日の週	102回	0円	—
8月28日の週	102回	204,000円	実施
合計	882回	1,224,000円	

参考記載：各加算の対象となった接種の数 (612回)

金融機関コード	000	支店コード	000
金融機関名	株式会社〇〇銀行	支店名	本店営業部
預金種別	当座	口座番号	0000000
フリガナ	イリヨウホウジンマルマルカイ リジチョウ マルマル カクカク		
口座名義人	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 □□		