

所在地

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（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。

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

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

年 月 日

鹿屋市長 中西 茂 様
(健康増進課扱い)

所在地	
医療機関等名称	
開設者氏名	
電話番号	

個別接種促進のための支援事業に係る請求書（診療所）

5月1日から7月2日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナ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

5月1日から7月2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
5月1日の週	回	円
5月8日の週	回	円
5月15日の週	回	円
5月22日の週	回	円
5月29日の週	回	円
6月5日の週	回	円
6月12日の週	回	円
6月19日の週	回	円
6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

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

<振込先>

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			