

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
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 100回以上		
	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）								回	100回未満 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）								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	

印

個別接種促進のための支援事業に係る請求書（診療所）

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

7月3日から9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
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

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			