水色セルに入力してください。

別記様式1

【医療機関情報等入力票】北海道新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業（個別接種促進のための支援）支援金

申請日	2023/04/01	給付対象期間	第10期

※入力された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

医 療 機 関 情 報

医療機関コード（10桁）	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	名 称	○○病院
病院・診療所	病院	「病院」を選択してください。空白のままでは計算されません。	
管理者職名	理事長	管理者氏名	北海 太郎 ※申請者は管理者となります。
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	総務課	北海 花子	xxx-xxx-xxxx	○○○@○○.○○jp

郵便番号								所在地
0	0	0	－	0	0	0	0	北海道○○市○区○条○丁目○-○

振 込 口 座 情 報

希望する方に「○」を付けてください。

○	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振込を希望する
	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

支援金の振込先口座を選択してください。

※(2)を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

支 援 金 給 付 申 請 額

支援金給付申請額（円）	123,150

申請額は自動計算され表示されます。

下記に標榜する診療時間等を記載ください。（「病院」の場合は、記載不要です。）

（参考）標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	日曜日は、休日として扱うため、標榜する診療時間の入力はできません。
月		
火		
水		
木		
金		
土	休	土曜日は、休日として扱うため、標榜する診療時間の入力はできません。
備考		

【第10期以降で病院の場合】
診療時間の記載は不要です。

※厚生労働省が示している個別接種に対する「時間外、夜間及び休日」の定義は下記の通りですので、ご留意ください。
（新型コロナワクチン接種費等の時間外・休日の定義とは違います。）

時間外：当該医療機関の標榜する診療時間以外の時間
夜　間：18時以降（医療機関の診療時間に関わらない）
休　日：日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。加えて、土曜日も休日として取り扱う。
（医療機関の診療日に関わらない。）

ワクチン接種回数等実績報告

		日	月	火	水	木	金	土
		12／4	12／5	12／6	12／7	12／8	12／9	12／10
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数			52	60			
病院	特別な接種体制				確保			
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
					2 30 5 00			
		12／11	12／12	12／13	12／14	12／15	12／16	12／17
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数				60	60		
病院	特別な接種体制				確保	確保		
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
					2 30 5 00	2 20 4 40		
		12／18	12／19	12／20	12／21	12／22	12／23	12／24
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数							
病院	特別な接種体制							
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
		12／25	12／26	12／27	12／28	12／29	12／30	12／31
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数		35	65	55			
病院	特別な接種体制			確保				
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
				1 15 2 30				
		1／1	1／2	1／3	1／4	1／5	1／6	1／7
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数		40		30	34		
病院	特別な接種体制					確保		
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
						2 00 4 00		
		1／8	1／9	1／10	1／11	1／12	1／13	1／14
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数		30	30	45			
病院	特別な接種体制							
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
		1／15	1／16	1／17	1／18	1／19	1／20	1／21
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数		30	50	33	85	54	
病院	特別な接種体制						確保	
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
							2 10 4 20	
		1／22	1／23	1／24	1／25	1／26	1／27	1／28
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数							
病院	特別な接種体制							
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等
		1／29	1／30	1／31	2／1	2／2	2／3	2／4
診療所	時間外等の接種体制の有無							
共通	接種回数							
病院	特別な接種体制							
病院	勤務時間	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等	医師 看護師等

別記様式4で入力した情報が自動で反映されます。

令和4年11月末で1日10万円（50回以上/日）の支援は終了しているため、「〇」の選択は不要です。

接種回数を入力してください。

特別な接種体制を確保しても、1日50回以上の接種がなければ、支援金の対象になりません。

別記様式2

医療機関情報等入力票(別記様式1)に接種回数等を入力することで自動計算されます。

類　型	令和4年12月4日から令和5年2月4日までのワクチン接種	支援金単価
1　診療所	していること)	2,000円／回
	していること)	3,000円／回
2　診療所	こと)	100,000円／日
3　病院(特別な接種体制を確保)		医師1人7,550円／時間 看護師等1人2,760円／時間

この様式はすべて自動で作成されます。

【給付申請額内訳】北海道新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業(個別接種促進のための支援)支援金

下の青い部分をクリックしてプルダウンで選択できます。

医療機関コード	名　称	病院・診療所
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	○○病院	病院

合計申請額（円）　123,150

対象期間 (各週)	給付申請額 (各週計)	診療所														病院			
		週のうち、時間外等の接種体制を用意	(A) 週100 回以上の接種				(B) 週150 回以上の接種				50回以上／日の接種当日に、時間外等の接種体制を用意	(C) 50 回以上／日の接種			(D) 特別な接種体制を確保し、50 回以上／日の接種を週1日以上			
			達成	接種回数	単価	給付申請額	達成	接種回数	単価	給付申請額		達成	達成日数	給付申請額	達成	達成した日の勤務時間 医　師	達成した日の勤務時間 看護師等	給付申請額
12/4 ～ 12/10	28,900														○	2.0	5.0	28,900
12/11 ～ 12/17	55,040														○	4.0	9.0	55,040
12/18 ～ 12/24																		
12/25 ～ 12/31	13,070														○	1.0	2.0	13,070
1/1 ～ 1/7																		
1/8 ～ 1/14																		
1/15 ～ 1/21	26,140														○	2.0	4.0	26,140
1/22 ～ 1/28																		
1/29 ～ 2/4																		

特別な接種体制の勤務時間は、区分ごとに週単位で集計され、1時間未満の端数は切り捨てられます。

別記様式３

文書を番号などで管理されている場合は、こちらに入力してください。

（文書番号）

申請日　2023/04/01

北海道知事　様

別記様式1で入力した情報が自動で表示されます。

医療機関コード	0000000000
医療機関名称	○○病院
管理者職名	理事長
管理者氏名	北海　太郎

（押　印　省　略）

令和4年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業（個別接種促進のための支援）
支援金給付申請書（第10期）

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

申請額は自動計算され表示されます。

1．給付申請額　　123,150　　円

2．添付書類

・医療機関情報等入力票（別記様式1）
・給付申請額内訳（別記様式2）
・勤務時間報告書（別記様式4）
・証拠書類

3．確認事項

本申請に関し、次の事項に相違がないことを確認した。

（次の（1）、（2）の両方に

（1）と（2）の事項に相違がないことを確認したら、レ点を入力ください。（2）はどちらか片方のみのレ点になります。

（1）	☑	本実績報告の「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められていない。
（2）		本実績報告の「接種回数(予診のみを含めない)」は、次のとおりである。
	☑	個別接種のみの実績である。
	☐	個別接種以外に職域接種を行ったが、実績には個別接種の実績のほか、次の①及び②の両方を満たす職域接種の実績以外は含めていない。
		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。

以上

別記様式４

勤　務　時　間　報　告　書（　　種　体　制　）

別記様式4記入年月日を入力してください。

医療機関名	○○病院	記入年月日	2023/04/01

別記様式1で入力した医療機関名が表示されます。

※24時間制時刻で記入をお願いします

※２ページ目以降印刷する際は「別記様式４（印刷範囲変更方法）」シートを参考に印刷範囲を変更してください。

月日	区分	氏名	勤務時間		休憩時間（時間:分）	時間数	
			開始（時:分）	終了（時:分）		医師	看護師等
					合計	12:45	25:30
12月7日	医師	○○太郎	9:00	12:00	0:30	2:30	
12月7日	看護師等	○○花子	9:00	12:00	0:30		2:30
12月7日	看護師等	○○三枝	9:00	12:00	0:30		2:30
12月14日	医師	○○太郎	9:00	12:00	0:30	2:30	
12月14日	看護師等	○○花子	9:00	12:00	0:30		2:30
12月14日	看護師等	○○三枝	9:00	12:00	0:30		2:30
12月15日	医師	○○太郎	17:00	19:20		2:20	
12月15日	看護師等	○○花子	17:00	19:20			2:20
12月15日	看護師等	○○三枝	17:00	19:20			2:20
12月27日	医師	○○太郎	10:30	12:00	0:15	1:15	
12月27日	看護師等	○○花子	10:30	12:00	0:15		1:15
12月27日	看護師等	○○三枝	10:30	12:00	0:15		1:15
1月5日	医師	○○太郎	10:00	12:00		2:00	
1月5日	看護師等	○○花子	10:00	12:00			2:00
1月5日	看護師等	○○三枝	10:00	12:00			2:00
1月20日	医師	○○太郎	17:00	19:10		2:10	
1月20日	看護師等	○○花子	17:00	19:10			2:10
1月20日	看護師等	○○三枝	17:00	19:10			2:10

特別な接種体制を確保してワクチン接種を行った時の情報（月日・区分・氏名・勤務時間・休憩時間）を入力してください。
正しく入力されると時間数が自動計算され、表示されます。