**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金実績書類チェックシート**

第９期用（病院）

　○実績書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、実績書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | | | チェック |
| **１　実績報告書（様式５）** | | |  |
| チェック項目 | １ | 日付は、記載されているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。  ※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 交付決定通知の通知日、文書番号は記載しているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業実績報告書（様式６）** | | |  |
| 項目 | １ | 事業実績の対象期間は、申請時の対象期間と一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種実績書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 補助金実績総額は、交付決定額（申請額）と一致しているか。 | □ |
| ４ | 収支精算額は、補助金実績総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| **３　個別接種実績書（様式2-1）** | | |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| ２ | **時間外、夜間、休日にかかる接種体制を用意した日は、該当する全ての日に〇を記載しているか。**（本補助金では、土曜日も休日扱いとなります） | □ |
| ３ | 特別体制確保の医師又は看護師等の従事した時間は、週の合計ごとに端数を切り捨てているか。（※１時間未満は切り捨て） | □ |
| ４ | **記載している接種回数、時間外等の要件は、全て事実と相違ないか。**  （事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |

**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金実績書類チェックシート**

第10・11期用（病院）

　○実績書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、実績書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | | | チェック |
| **１　実績報告書（様式５）** | | |  |
| チェック項目 | １ | 日付は、記載されているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。  ※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 交付決定通知の通知日、文書番号は記載しているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業実績報告書（様式６）** | | |  |
| 項目 | １ | 事業実績の対象期間は、申請時の対象期間と一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種実績書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 補助金実績総額は、交付決定額（申請額）と一致しているか。 | □ |
| ４ | 収支精算額は、補助金実績総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| **３　個別接種実績書（様式2-1）** | | |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| 2 | 特別体制確保の医師又は看護師等の従事した時間は、週の合計ごとに端数を切り捨てているか。（※１時間未満は切り捨て） | □ |
| 3 | **記載している接種回数は、全て事実と相違ないか。**  （事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |

**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金実績書類チェックシート**

第９～11期用（診療所）

　○実績書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、実績書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | | | チェック |
| **１　実績報告書（様式５）** | | |  |
| チェック項目 | １ | 日付は、記載されているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。  ※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 交付決定通知の通知日、文書番号は記載しているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業実績報告書（様式６）** | | |  |
| 項目 | １ | 事業実績の対象期間は、申請時の対象期間と一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種実績書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 補助金実績総額は、交付決定額（申請額）と一致しているか。 | □ |
| ４ | 収支精算額は、補助金実績総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| **３　個別接種実績書（様式2-1）** | | |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| ２ | **時間外、夜間、休日にかかる接種体制を用意した日は、該当する全ての日に〇を記載しているか。**（本補助金では、土曜日も休日扱いとなります） | □ |
| ３ | 接種回数100回以上と150回以上を算定する際に該当する週が重複していないか。（※同一の週で算定していないか） | □ |
| ４ | １日50回以上での申請は、接種回数100回以上又は150回以上に該当する週以外の週となっているか。 | □ |
| ５ | **記載している接種回数、時間外等の要件は、全て事実と相違ないか。**  （事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |