

様式 1

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

〒

住所：

法人名：

代表者職・氏名：

医療機関等名：

令和4年度（2022年度）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  
交付申請書兼概算払請求書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 申請額 金 円  
(内訳)  
1. 個別接種事業 円  
2. 個別接種体制確保事業 円

2 添付書類  
・事業計画書（様式2）  
・個別接種計画書（様式2-1）

【担当者等】

担当者氏名：	電話番号：
書類発行責任者職・氏名：	電話番号：

※申請者の押印を省略する場合は、書類発行責任者の氏名等を記載すること。

様式2

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事業計画書

1 申請者

医療機関 コード(10桁)	4	3	1							
医療機関名										

2 事業計画

対象期間	第10期 12月4日から2月4の間
------	-------------------

①個別接種事業

施設区分	事業内容	算出内訳		補助単価	基準額		
診療所	(1) 期間内に週100回以上の接種を4週間以上行った。	接種回数		回	2,000円/回		円
	(2) 期間内に週150回以上の接種を4週間以上行った。	接種回数		回	3,000円/回		円
	(3) 期間内に1日に50回以上の接種を行った。	日数		日	100,000円/日		円
※(病院)50回以上接種日数計は第10期から補助対象外					基準額合計		円 (a)

②個別接種体制確保事業

施設区分	事業内容	算出内訳		補助単価	基準額		
病院	(4) 期間内に特別な接種体制を確保し、1日50回以上の接種を週1日以上達成する週が4週間以上あった。	医師		時間	7,550円/h		円
		看護師等		時間	2,760円/h		円
		基準額合計					

補助金交付申請総額 (a) + (b)		円
---------------------	--	---

3 収支予算書

収入の部

区分	予算額
県補助金	

支出の部

	予算額
賃金・報酬等	

【振込先口座情報】

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に係る振込口座については下記のとおりです。

金融機関名					金融機関 コード				
支店名					支店 コード				
預金種類	口座番号 (左詰め)								
(フリガナ)									
口座名義人									

※振込先の口座は、申請者名義の口座を入力してください。申請者名義以外の口座に振込む場合は委任状が必要となります。

※振込先口座の確認のため、通帳等の写し等(金融機関名・店名・口座番号・口座名義(氏名・カナ)が確認できる書類)を添付してください。

様式2-1（病院用）

新型コロナウイルスワクチン個別接種（計画書・実績書）

医療機関名：

								週の合計 ※特別体制については、50回行った日の時間数のみ足し上げ	1日当たり 50回以上接種を行った日	備考
	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)			
	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23	12/24			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	12/25	12/26	12/27	12/28	12/29	12/30	12/31			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27	1/28			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		
	1/29	1/30	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4			
接種回数（※1）									日	（参考）
(特別体制)医師の延べ時間								時間		
(〃)看護師等の延べ時間								時間		

※1：本報告書の「接種回数（※1）」には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場等の実績は含まない。

※「50回以上接種日数計」は第10期から補助対象外	
(特別体制)医師の延べ時間計	時間
(〃)看護師等の延べ時間計	時間

様式2-1 (診療所用)

新型コロナウイルスワクチン個別接種 (計画書・実績書)

医療機関名:  

※赤枠に記入してください							週の接種回数	週の回数区分	週当たりの追加要件 (第9期以降)
(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)			
12/4 12/5 12/6 12/7 12/8 12/9 12/10									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
12/11 12/12 12/13 12/14 12/15 12/16 12/17									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
12/18 12/19 12/20 12/21 12/22 12/23 12/24									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
12/25 12/26 12/27 12/28 12/29 12/30 12/31									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
1/1 1/2 1/3 1/4 1/5 1/6 1/7									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
1/8 1/9 1/10 1/11 1/12 1/13 1/14									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
1/15 1/16 1/17 1/18 1/19 1/20 1/21									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
1/22 1/23 1/24 1/25 1/26 1/27 1/28									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									
1/29 1/30 1/31 2/1 2/2 2/3 2/4									
時間外等 (自身の医療機関内)									
時間外等 (集団接種会場へ派遣)									
接種回数 (※1)									

※1: 本報告書の「接種回数 (※1)」には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場等の実績は含まない。

※2: ①週100(150)回以上の接種を4週間以上行い、②それぞれの1週間のうち、少なくとも1日は、時間外、夜間または休日に接種体制を用意した場合に、補助対象となる (第9期以降)。(①のみまたは②のみは、補助対象外)

※3: 50回以上/日接種を行ったその日において、時間外、夜間または休日に接種体制を用意した場合に、補助対象となる (第9期以降)。

(1)接種回数計 (※1) 100回以上		回
(2)接種回数計 (※1) 150回以上		回
(3)50回以上接種日数計 (※1、3)		日

※(1)と(2)の同一週での重複及び(1)又は(2)と(3)との重複はできません。