

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

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します。

※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	週に、時間外等の接種体制を実施した場合○		備考
									週の回数区分 ○で囲む		
	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	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 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		

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

豊中市長 様

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）

令和5年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ウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求します。

請求金額

内訳

令和5年7月3日から9月3日の間で、

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) 標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

金融機関コード		支店コード	
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			

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

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します。

※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	週に、時間外等の接種体制を実施した場合○		備考
									週の回数区分 ○で囲む		
	9/4	9/5	9/6	9/7	9/8	9/9	9/10				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	9/11	9/12	9/13	9/14	9/15	9/16	9/17				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	9/25	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	10/1				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	10/9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	10/30	10/31	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		

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

豊中市長 様

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）

令和5年9月4日から11月5日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求します。

請求金額

内訳

令和5年9月4日から11月5日の間で、

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	
9月4日の週	回	円
9月11日の週	回	円
9月18日の週	回	円
9月25日の週	回	円
10月2日の週	回	円
10月9日の週	回	円
10月16日の週	回	円
10月23日の週	回	円
10月30日の週	回	円
合計	回	円

(参考) 標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

金融機関コード		支店コード	
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			

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

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します。

※本様式において「時間外等」は、時間外その他に、夜間・休日を指す。

	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	週の接種回数	週に、時間外等の接種体制を実施した場合○		備考
									週の回数区分 ○で囲む		
	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18	11/19				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25	11/26				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	11/27	11/28	11/29	11/30	12/1	12/2	12/3				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23	12/24				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
	12/25	12/26	12/27	12/28	12/29	12/30	12/31				
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		
時間外等の接種体制の有無 (実施した場合○を記載)									100回未満		
接種回数 (予診のみを含めない)								回	100回以上		

接種回数計 (予診のみを含めない)

豊中市長 様

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）

令和5年11月6日から12月31日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求します。

請求金額

内訳

令和5年11月6日から12月31日の間で、

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	
11月6日の週	回	円
11月13日の週	回	円
11月20日の週	回	円
11月27日の週	回	円
12月4日の週	回	円
12月11日の週	回	円
12月18日の週	回	円
12月25日の週	回	円
合計	回	円

(参考) 標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

金融機関コード		支店コード	
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			