

令和4年度 滋賀県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための協力金
様式2・3（実績報告書・請求書）のエクセル入力方法について

※12・1月期以降の入力方法について記載しています。

【様式2「診療所用」】

診療所、介護老人保健施設および特別養護老人ホームが申請を行う場合に使用する実績報告書です。

で着色されているセルに対して入力を行います。

(必要に応じて、白色のセルに入力いただいても構いませんが、数式等が入っているセルを編集する場合、自動計算されるようになっている接種合計数、請求金額等が影響を受けますので、ご注意ください。)

医療機関等名称		〇〇クリニック							様式2（診療所用）			
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、時間外の外に、夜間・休日を指す。												
		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	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
		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												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外											
接種回数（予診のみを含めない）	職域											
時間外等の接種体制の有無		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												
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外											
接種回数（予診のみを含めない）	職域											

医療機関等名称は法人名等も含めて正確に入力ください。

高齢者施設等での接種により、医療機関名と異なる名前でも VRS 登録した場合は登録名と件数を、接種券がないため VRS に登録できない件数がある場合はその件数を記入してください。

該当する日付の欄に接種数を入力してください。接種まで至らず、予診のみとなった案件は計上できません。

申請の対象となる職域接種を実施している場合は、「職域以外」と「職域」を分けて入力します。（職域接種の実績を申請する場合は、別途提出書類が必要となります。詳細は「令和4年度 滋賀県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための協力金申請要領」（以下、「申請要領」）p.4 をご確認ください。）

時間外、夜間または休日に接種体制を用意していた日において、「時間外等の接種体制の有無」欄に「○」を付けてください。(時間外、夜間または休日の要件については、申請要領の p. 10 をご確認ください。)

6			(日)	(月)	(火)	(水)
7			12/4	12/5	12/6	12/7
8	時間外等の接種体制の有無			○		
9	接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外		50		
10	接種回数 (予診のみを含めない)	職域				

セルを選択すると表示される▼ボタンをクリックして「○」を選択ください。

J列「週の接種回数」には、1週間の接種回数合計が自動計算されます。(日曜日から土曜日までを1週間とカウントします。)

K列「週の回数区分」には、J列の接種回数に応じて「150回以上」「100回以上」「100回未満」が自動的に表示されます。

L列「週のうち、時間外等の接種体制の実施」は、「○」の有無に応じて自動的に表示されます。

1	医療機関等名称		○○クリニック										
2	新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書 (診療所)												
3	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。												
4	※本様式において「時間外等」は、時間外他に、夜間・休日を指す。												
5			(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	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	
6			12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10				
7	時間外等の接種体制の有無			○						○			
8	接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外		50	65					72	187回	150回以上	実施
9	接種回数 (予診のみを含めない)	職域											
10			12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17				
11	時間外等の接種体制の有無			○						○			
12	接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外		45						65	110回	100回以上	実施
13	接種回数 (予診のみを含めない)	職域											
14			12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23	12/24				
15	時間外等の接種体制の有無												
16	接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外		20	56						76回	100回未満	—
17	接種回数 (予診のみを含めない)	職域											

この3列は自動的に表示されます。

以下の例示のような場合等、自動表示のままでは本来請求できる金額よりも少なくなってしまう場合は、K列「週の回数区分」を手動で選択することもできます。

【具体例】

第1週～第5週 150回(5週)

第6週～第8週 100回(3週)

第9週 100回未滿

上記のような場合に、第1週～第5週で150回以上の週を5週とカウント(①)するより、第1週～第4週で150回以上の週を4週、第5週～第8週で100回以上の週を4週とカウント(②)した方が、請求できる金額が高くなる。

$$\textcircled{1} 150\text{回} \times 5\text{週} \times 3,000\text{円} + 100\text{回} \times 3\text{週} \times 0\text{円} = 2,250,000\text{円}$$

$$\textcircled{2} 150\text{回} \times 4\text{週} \times 3,000\text{円} + (100\text{回} \times 3\text{週} + 150\text{回} \times 1\text{週}) \times 2,000\text{円} = 2,700,000\text{円}$$

このような場合に、150回以上接種した週について、K列「週の回数区分」を「150回以上」から「100回以上」に修正することも可能。

1/21				
○				
50	150回	100回以上		実施
		100回未滿 100回以上 150回以上		

K列「週の回数区分」セルを選択すると表示される▼ボタンをクリックして修正してください。

2 ページ目の問1～問4までにご回答ください。

(支援対象であるか確認するため、該当する項目にレ点を記入してください。)														
48														
49														
50	問1	本報告書の「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まれない。												<input checked="" type="checkbox"/>
51														
52	問2	職域接種を実施していない												<input type="checkbox"/>
53														

を押すと表示される▼ボタンをクリックして「」を選択してください。

以下の部分は自動入力のため、改めて入力いただく必要はありません。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
79			上記が事実と相違ないことを証明する。											
80			〇〇クリニック						院長 滋賀 太郎					印

様式2の「医療機関等名称」欄の記載が表示されます。

様式3の「開設者職名」欄および「開設者氏名」欄の記載が表示されます。

【様式3「診療所用」】

診療所、介護老人保健施設および特別養護老人ホームが申請を行う場合に使用する請求書です。

で着色されているセルに対して入力を行います。

(必要に応じて、白色のセルに入力いただいても構いませんが、数式等が入っているセルを編集する場合、自動計算されるようになっている接種合計数、請求金額等が影響を受けますので、ご注意ください。)

		様式3 (診療所用)		
		令和5年	2月	6日
医療機関等名称		〇〇クリニック		
医療機関等所在地		大津市京町四丁目1-1		
開設者職名		院長		
開設者氏名		滋賀 太郎		
発行責任者		滋賀 花子		
電話番号		000-000-0000		

様式2の「医療機関等名称」欄の記載が表示されます。

- ・日付 : 第1弾（メール）の提出日を入力ください。
- ・医療機関等名称 : 様式2の最上欄で入力いただいた名称が自動で表示されます。
- ・医療機関等所在地 : 正確に入力ください。
- ・開設者職名 : 「院長」や「理事長」等の職名を入力ください。
- ・開設者氏名 : 「院長」や「理事長」等の職名は不要です。フルネームを入力ください。
- ・発行責任者 : この実績報告書や請求書の作成・提出を担当される方のフルネームを入力ください。
- ・電話番号 : 申請内容について県から確認のお電話をする場合がありますので、日中つながる番号を入力ください。

通常の診療時間を入力してください。（介護老人保健施設等、通常の診療時間の定めがない場合は「なし」と入力してください。）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
125	(参考) 標榜する診療時間												
126			日	休診日									
127			月	9時～12時、16時～19時									
128			火	9時～12時、16時～19時									
129			水	9時～12時、16時～19時									
130			木	休診日									
131			金	9時～12時、16時～19時									
132			土	9時～12時、16時～19時									
133			備考										
134													

協力金の振込先口座の情報を入力ください。

金融機関コード	000	支店コード	000
金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	普通	口座番号	000000
フリガナ	シガ タロウ		
口座名義人	滋賀 太郎		

請求金額や内訳は、様式2の入力内容から自動で計算・表示されます。誤りがないことを確認し、メールにて提出してください。

【様式 2（病院用）】

病院が申請を行う場合に使用する実績報告書です。

で着色されているセルに対して入力を行います。

（必要に応じて、白色のセルに入力いただいても構いませんが、数式等が入っているセルを編集する場合、自動計算されるようになっている接種合計数、請求金額等が影響を受けますので、ご注意ください。）

医療機関等名称		医療法人△△会〇〇病院							式 2（病院用） (1/2)
新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（病院）									
下記のとおりに、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、時間外その他に、夜間・休日指す。									
支援の対象とならない日（特別体制を敷いていない日、50回以上を達成していない日）の接種数を記載する必要はありません。									
		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	備考
		12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	週で1日以上は1日50回以上接種
1日50回以上接種を行った日									
接種回数（予約のみを食めない）	職域以外								—
接種回数（予約のみを食めない）	職域								50回以上接種した日の勤務時間計
(特別体制)医師の延べ時間									0 時間
(※)看護師等の延べ時間									0 時間
		12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17	週で1日以上は1日50回以上接種
1日50回以上接種を行った日									
接種回数（予約のみを食めない）	職域以外								—
接種回数（予約のみを食めない）	職域								
(特別体制)医師の延べ時間									
(※)看護師等の延べ時間									

医療機関等名称は
法人名等も含めて
正確に入力ください。

高齢者施設等での接種により、医療機関名と異なる名前で VRS 登録した場合は登録名と件数を、接種券がないため VRS に登録できない件数がある場合はその件数を記入してください。

該当する日付の欄に接種数を入力してください。接種まで至らず、予診のみとなった案件は計上できません。

申請の対象となる職域接種を実施している場合は、「職域以外」と「職域」を分けて入力します。（職域接種の実績を申請する場合は、別途提出書類が必要となります。詳細は「令和4年度 滋賀県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための協力金申請要領」（以下「申請要領」）p.4をご確認ください。）

12月1日接種分以降、1日50回以上の接種を行った場合の給付（1日あたり10万円）はなくなり、「特別な体制を組んで、1日50回以上の接種を週1日以上達成した週が4週間以上ある」場合の給付のみになりますのでご注意ください。

(「特別な接種体制」の詳細は申請要領 p. 9 をご確認ください。)

	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)		備考
下記の通り、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、時間外に他に、夜間・休日を指す。									
支援の対象とならない日(特別体制を敷いていない日、50回以上を達成していない日)の接種数を記載する必要はありません。									
	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	週で1日以上は1日50回以上接種	
1日50回以上接種を行った日		○	○			○		達成	
接種回数(予診のみを数めない)	職域以外	50	85			72		50回以上接種した日の勤務時間計	
接種回数(予診のみを数めない)	職域							0時間	
	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17		週で1日以上は1日50回以上接種	
1日50回以上接種を行った日		○	○					達成	
接種回数(予診のみを数めない)	職域以外	54	50			45		50回以上接種した日の勤務時間計	
接種回数(予診のみを数めない)	職域							0時間	

50回以上の接種を行った日には、自動で「○」がつきます。

週に50回以上の接種を行った日が含まれる場合は、自動で「達成」と入力されます。

通常の診療とは別に、接種のための特別な人員体制として確保した医師・看護師等の従事の延べ時間(医師2人が通常の診療時間とは別にそれぞれ2時間従事した場合は、 $2 \times 2 = 4$ 時間)を入力ください。J列「50回以上接種した日の勤務時間計」では、1日50回以上の接種を達成した日の従事時間数の合計が自動計算されます。

時間数の入力において、1日のうちで1時間未満の端数がある場合は、小数点で入力ください。(5時間30分→5.5時間、6時間45分→6.75時間となります。) J列「50回以上接種した日の勤務時間計」では1週間の従事時間数を合計した後、時間未満の端数は切り捨てとなります。

※第1段階(メール)の申請の際、別途医師・看護師等の従事状況(従事時間や人数等)がわかる資料を提出してください。

	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)		備考
	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	週で1日以上は1日50回以上接種	
1日50回以上接種を行った日		○	○			○		達成	
接種回数(予診のみを数めない)	職域以外	50	85			72		50回以上接種した日の勤務時間計	
接種回数(予診のみを数めない)	職域							24時間	
(特別体制)医師の延べ時間		8.00	8.00			8.00		102時間	
(〃)看護師等の延べ時間		32.00	35.75			34.50			
	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17	週で1日以上は1日50回以上接種	
1日50回以上接種を行った日		○	○					達成	
接種回数(予診のみを数めない)	職域以外	54	50			45		50回以上接種した日の勤務時間計	
接種回数(予診のみを数めない)	職域							16時間	
(特別体制)医師の延べ時間		8.00	8.00			8.00		64時間	
(〃)看護師等の延べ時間		32.00	32.00			32.00			

その週で1日50回以上の接種を達成した日の従事時間を自動で合計します。(1日50回以上の接種を達成しなかった日の従事時間はカウントしませんので、入力不要です。)

2 ページ目の問 1～問 4 までにご回答ください。

(2/2)												
(支援対象であるか確認するため、該当する項目にレ点を記入してください。)												
問1 本報告書の「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まれない。											<input checked="" type="checkbox"/>	
問2 職域接種を実施していない											はい	
<small>(はいの場合問3以降に回答する必要あり)</small>												
いいえ											<input type="checkbox"/>	

を押すと表示される
 ボタンをクリックして「」を
選択してください。

以下の部分は自動入力のため、改めて入力いただく必要はありません。

上記が事実と相違ないことを証明する。												
医療法人△△会〇〇病院												
理事長 滋賀 太郎											印	

様式2の「医療機関等名称」
欄の記載が表示されます。

様式3の「開設者職名」欄お
よび「開設者氏名」欄の記載
が表示されます。

【様式3「病院用」】

病院が申請を行う場合に使用する請求書です。

で着色されているセルに対して入力を行います。

(必要に応じて、白色のセルに入力いただいても構いませんが、数式等が入っているセルを編集する場合、自動計算されるようになっている接種合計数、請求金額等が影響を受けますので、ご注意ください。)

G	H	I	J	K	L	M
様式3 (病院用)						
			令和5年	2月	6日	
医療機関等名称	医療法人△△会〇〇病院					
医療機関等所在地	大津市京町四丁目1-1					
開設者職名	理事長					
開設者氏名	滋賀 太郎					
発行責任者	滋賀 花子					
電話番号	000-000-0000					

様式2の「医療機関等名称」欄の記載が表示されます。

- ・日付 : 第1弾(メール)の提出日を入力ください。
- ・医療機関等名称 : 様式2の最上欄で入力いただいた名称が自動で表示されます。
- ・医療機関等所在地 : 正確に入力ください。
- ・開設者職名 : 「院長」や「理事長」等の職名を入力ください。
- ・開設者氏名 : 「院長」や「理事長」等の職名は不要です。フルネームを入力ください。
- ・発行責任者 : この実績報告書や請求書の作成・提出を担当される方のフルネームを入力ください。
- ・電話番号 : 申請内容について県から確認のお電話をする場合がありますので、日中つながる番号を入力ください。

協力金の振込先口座の情報を入力してください。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
37													
38	金融機関コード	000					支店コード	000					
39	金融機関名	〇〇銀行					支店名	〇〇支店					
40	預金種別	普通					口座番号	000000					
41	フリガナ	イリョウホウジン△△カイ											
42	口座名義人	医療法人△△会											
43													

請求金額や内訳は、様式2の入力内容から自動で計算・表示されます。誤りがないことを確認し、メールにて提出してください。