

## 診療所の皆様へ

### 第10期



# 埼玉県新型コロナウイルスワクチン



## 個別接種協力金のご案内

### < 請求の手引き >

#### ◆請求受付期間

令和5年 **2月5日**（日）～ **2月28日**（火） **必着**

#### ◆請求方法

実績報告書【様式2（診療所用）】及び請求書【様式3（診療所用）】に必要事項を入力して、**電子メールで請求**してください。※電子メールの環境がない場合は、10ページの問合せ先までご連絡ください。

<請求先電子メールアドレス>

**shinsei@kobetsu-saitama.jp**

※2月4日以前に請求メールをいただいても案件として受理できません。  
※ご質問等はP.10の相談窓口をお願いします。

#### ◆対象期間

令和4年12月4日（日）～令和5年2月4日（土）までの接種分

#### ◆対象医療機関

集合契約方式により市町村との委託契約を締結し、ワクチンの配分・供給が受けられる医療機関

#### ◆支給要件

- a. 週100回以上の接種を対象期間中に4週間以上行った場合 ☞ 回数 × 2,000円
- b. 週150回以上の接種を対象期間中に4週間以上行った場合 ☞ 回数 × 3,000円
- c. 1日50回以上の接種を行った場合 ☞ 1日当たり定額10万円

**上記の取組にかかる支援を受ける診療所は、時間外、夜間または休日にかかる接種体制を用意していること。**

※同一日にa, b, cは重複して請求することができません。

※a, bの“4週間以上”は、連続している必要はありません。

※1週の考え方は“日曜～土曜”とします。

※a, bは、規定回数以上を達成した週の回数のみが加算対象となります。





## 請求にあたっての注意点



### <注意点①>

本協力金は、新型コロナウイルスワクチンの個別接種の実績に応じて支給されます。個別接種であれば、巡回接種の実施分も回数カウントに含めることができますが、集団接種において実施された分については、本協力金の接種回数にカウントすることはできません。

### <注意点②>

接種費用(2,070円/回)の請求は、市町村又は都道府県国民健康保険団体連合会において、審査を受けることとなりますが、審査において接種の実施について支払いが認められなかった場合は、本協力金の対象とはならないので、認められなかった分については協力金の請求をしないでください。既に請求済みの場合は、埼玉県に訂正の報告を速やかに行ってください。

### <注意点③>

埼玉県から実績報告等の内容について照会があった場合は適切に対応してください。

### <注意点④>

「時間外・休日の接種費用の上乗せ」に係る請求は、埼玉県に請求いただいてもお支払いすることができませんので、請求者たる医療機関が所在する市町村にお問合せください。

### <注意点⑤>

偽りその他不正な手段により、本協力金の支給を受けた又は受けようとした事実が判明した場合には、協力金相当額及び協力金と同額の違約金の支払いを請求し、警察の指導・協力のもと、然るべき法的措置をとります。

### <注意点⑥>

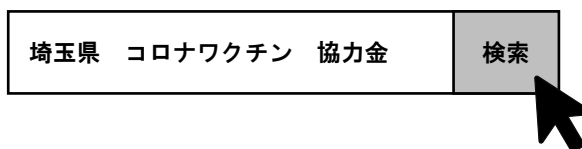
本協力金の請求の事実をもって、上記事項に同意したものとみなします。



## 1. 様式をダウンロードする。

協力金の請求に必要な**第10期用様式ファイル(診療所用)**を下記HPからダウンロードしてください。最終的に、入力を終えた様式ファイルをメールで送っていただく必要がありますので、ご自身のパソコンのデスクトップ等に様式ファイルを保存してから作業を開始してください。

※検索サイトで「埼玉県 コロナワクチン 協力金」で検索すると「新型コロナウイルスワクチン接種医療機関向け案内 — 埼玉県」のページが出てきます。



【URL】 <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0710/covid-19/iryokikan.html>

## 第10期埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種協力金

埼玉県庁 HP

### 対象期間

【請求受付期間】 令和5年2月5日（日曜日）から令和5年2月28日（火曜日）必着

※郵送で申請される場合、令和5年2月27日（月曜日）消印有効になります。

（郵送での申請書類の送付依頼は令和5年2月5日（日曜日）から令和5年2月20日（月曜日）まで受付）

【支給対象期間】 令和4年12月4日（日曜日）から令和5年2月4日（土曜日）までの接種分

### 対象医療機関

集合契約方式による市町村との委託契約を締結し、ワクチンの分配・配給が受けられる医療機関（診療所、病院）

### 必要書類

協力金の請求にあたっては、下記の手引きを必ずご覧ください。

[【診療所のみなさまへ】請求の手引き（PDF：678KB）](#)

[【病院のみなさまへ】請求の手引き（PDF：870KB）](#)

請求に必要な様式ファイルは下記からダウンロードしてください。

[第10期用様式ファイル\(診療所用\)（エクセル：33KB）](#)

[第10期用様式ファイル\(病院用\)（エクセル：34KB）](#)



第10期用様式ファイル(診療所用)をクリックし、名前をつけて保存を選択し、ご自身のパソコンのデスクトップにダウンロードしてください。

## 2. 実績報告書【様式2（診療所用）】を作成する。

ダウンロードしたエクセルファイルをひらき、        のセルに必要な情報を入力してください。

医療機関等名称	医療法人さいたま会こばとんクリニック							様式2（診療所用） 第10期（12月4日～2月4日までの接種分）		
新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（診療所）										
下記のとおりに、新型コロナウイルスワクチンの接種を行います。 ※本様式において「時間外等」は、時間外の他に、夜間・休日指す。										
	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	週の接種回数	週の回数	実施
②	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	○		○					150回	150回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）	25	25	25	25	25	25				
	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	○	○	○					150回	150回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）	25	25	25	25	25	25				
	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	○		○					150回	150回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）	25	25	25	25	25	25				
	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			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					
	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7			
時間外等の接種体制の有無			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					
	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14			
時間外等の接種体制の有無			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					
	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21			
時間外等の接種体制の有無			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					
	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27	1/28			
時間外等の接種体制の有無			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					
	1/29	1/30	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4			
時間外等の接種体制の有無			○					100回	100回以上	実施
接種回数（予診のみを含めない）			50		50					

各日の「時間外等の接種体制の有無」をプルダウンから選択する。  
1週間につき少なくとも1日は「○」が入力されていないと、支給対象の週とならない。

様式2のJ列「週の回数区分」は接種回数に応じて、「150回以上」「100回以上」「100回未満」が自動的に表示されます。

- ① 医療機関名を「正式名称」で入力してください。
- ② 各日の「時間外等の接種体制の有無」を選択し、「接種回数」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。  
※日曜日及び国民の祝日、土曜日は、医療機関の診療日に関わらず「休日」に該当します。
- ③ 請求日（入力日）の日付を入力してください。

「医療機関名」→ 様式2のC1セルの情報が反映されます。

「開設者氏名」→ 様式3のL47セルの情報が反映されます。を証明する。

令和5年2月

15日

医療機関名 医療法人さいたま会こばとんクリニック

開設者 埼玉 太郎

### 3. 請求書【 様式3（診療所用） 】を作成する。

入力を終えた様式2（診療所用）を下にスクロールすると様式3（診療所用）がでてきます。

様式3（診療所用） 第10期（12月4日～2月4日までの接種分）  
令和5年2月15日

埼玉県知事 様

P.4③で入力した日付が自動で表示されます。

医療機関等名称 医療法人さいたま会こぼとんクリニック  
開設者氏名 埼玉 太郎  
電話番号 048-○○○-○○○

P.4①で入力した内容が自動で表示されます。

埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業に係る請求書（診療所）

12月4日から2月4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、

請求金額 ¥1,200,000

内訳

12月4日から2月4日の間

150回以上接種した取扱いとする週※ 3週（4週以上で、該当する週の接種について3,000円/回）

100回以上接種した取扱いとする週※ 6週（4週以上で、該当する週の接種について2,000円/回）

※ 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 (予診のみを含む)	週150回以上接種の加算 単価3,000円/回	週100回以上接種の加算 単価2,000円/回	0円	0円
12月4日の週	150回	0円		
12月11日の週	150回	0円	0円	
12月18日の週	150回	0円	0円	
12月25日の週	100回	0円	200,000円	
1月1日の週	100回	0円	200,000円	
1月8日の週	100回	0円	200,000円	
1月15日の週	100回	0円	200,000円	
1月22日の週	100回	0円	200,000円	0円
1月29日の週	100回	0円	200,000円	0円
合計	1,050回	0円	1,200,000円	0円

参考記載：各加算の対象となった接種の回数 (0回) (600回) (0回)

(参考) 標榜する診療時間

日	休診
月	9:00～12:00 15:00～18:00
火	9:00～12:00
水	休診
木	9:00～12:00 15:00～18:00
金	9:00～12:00 15:00～18:00
土	9:00～12:00

⑥

金融機関コード	9876	支店コード	543
金融機関名	コバトン銀行	支店名	こぼとん支店
預金種別	普通	口座番号	2101234
口座名義人(カナ)	イ) サイタマカイコバトンクリニック		
口座名義人(漢字)	医療法人さいたま会こぼとんクリニック		

※『金融機関コード』や『支店コード』は、通帳やキャッシュカードに記載されていますが、ご不明の場合は、各金融機関にお問い合わせください。

⑦

→【未入力項目】があります。下記をご確認の上、全ての項目を入力し、払込先口座情報がわかる書類（通帳の見開き・キャッシュカードなど【カナ表記あり】の画像）を添付してください。

- ④ 開設者氏名と電話番号を入力してください。
- ⑤ 標榜する診療時間を入力してください。休診日の場合は「休診」と入力してください。
- ⑥ 協力金の振込先口座情報を正しく入力してください。
- ⑦ 【未入力項目】があります。下記をご確認の上、全ての項目を入力し、払込先口座情報がわかる書類（通帳の見開き・キャッシュカードなど【カナ表記あり】の画像）を添付してください。」と表示された場合、未入力項目を確認し、入力してください。

## 4. P.5<注意>の例示パターン

### <様式2>

※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。

	(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
	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)	25	25	25	25	25	25	25	150回	150回以上	実施
	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)	25	25	25	25	25	25	25	150回	150回以上	実施
	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	○		○							
接種回数(予診のみを含めない)	25	25	25	25	25	25	25	150回	150回以上	実施
	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			○							
接種回数(予診のみを含めない)			50		50			100回	100回以上	実施
	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7			
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)			50		50			100回	100回以上	実施
	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14			
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)			50		50			100回	100回以上	実施
	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21			
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)			50		50			100回	100回以上	実施
	1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27	1/28			
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)			50		50			100回	100回以上	実施
	1/29	1/30	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4			
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)			50		50			100回	100回以上	実施

150回以上  
3回

100回以上  
6回

### <様式3>

	接種回数 (予診のみを含めない)	週150回以上接種の加算 単価 3,000円/回	週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回	1日50回加算 ※同一日に左記の加算と重複は不可 また、当日に時間外等の体制を要する
12月4日の週	150回	0円	0円	0日
12月11日の週	150回	0円	0円	0日
12月18日の週	150回	0円	0円	0日
12月25日の週	100回	0円	200,000円	0日
1月1日の週	100回	0円	200,000円	0日
1月8日の週	100回	0円	200,000円	0日
1月15日の週	100回	0円	200,000円	0日
1月22日の週	100回	0円	200,000円	0日
1月29日の週	100回	0円	200,000円	0日
合計	1,050回	0円	1,200,000円	0日

「週150回以上」の接種をした週はあるが、4週に満たないため、「150回以上接種の加算」が適用されない。

## 4-2. P.5<注意>の例示パターン

### 【対応策】

150回以上を 3 → 0 回に減らし、100回以上を 6 → 9 回に増やすことで、週4回以上の要件を満足させる。

### 【手順】

様式2のJ列「週の数区分」を操作する。

#### <様式2>

※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。

	(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
	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)	150	150	150	150	150	150	150	150	100回以上	実施
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)	100	100	100	100	100	100	100	100	100回以上	実施
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)	25	25	25	25	25	25	25	150	100回以上	実施
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)			50		50			100	100回以上	実施
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)										
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)										
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)										
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)										
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)										
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)										
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)										
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)										

様式2のJ列「週の数区分」で「150回以上」の全セルを「100回以上」に手動で変更することで、150回以上達成した週についても「100回以上」の加算を受けることができます。

150回以上  
3回 → 0回

100回以上  
6回 → 9回

#### <様式3>

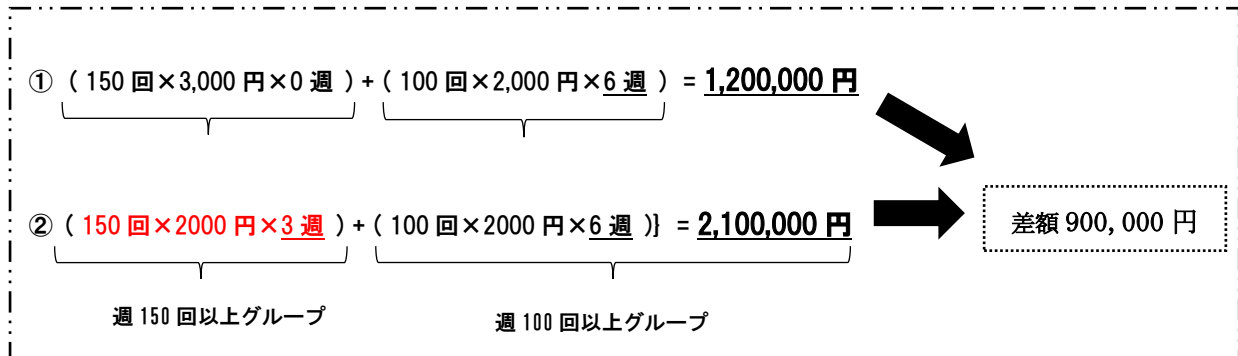
	接種回数 (予診のみを含めない)	週150回以上接種の加算 単価 3,000円/回	週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回	1日50回加算 ※同一日に左記の加算と重複は不可 また、当日に時間外等の体制を要する
12月4日の週	150回	0円	300,000円	0日 0円
12月11日の週	150回	0円	300,000円	0日 0円
12月18日の週	150回	0円	300,000円	0日 0円
12月25日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
1月1日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
1月8日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
1月15日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
1月22日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
1月29日の週	100回	0円	200,000円	0日 0円
合計	1,050回	0円	2,100,000円	0日 0円

「150回以上」の全セルを「100回以上」に変更したことで「100回以上接種の加算」が反映される。

#### 4-3. P.5<注意>の例示パターン

##### (注意)

手動変更しなかった場合(①)と手動変更した場合(②)で請求金額は下記のように差が出ますが、変更するかしないかは請求者の判断とし、内容に不備がなければ、請求書に記載の金額で受理します。

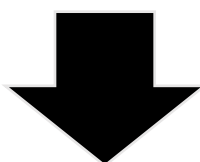




## 5. 振込口座情報がわかる書類の写しの添付する。

様式3の入力が終わりましたら、下記の **添付書類貼付** タブをクリックしてください。

金融機関コード	9876	支店コード	543
金融機関名	コバトン銀行	支店名	こばとん支店
預金種別	普通	口座番号	2101234
口座名義人(カナ)	イ) サイタマカイコバトンクリニック		
口座名義人(漢字)	医療法人さいたま会こばとんクリニック		



シートが変わります。

【添付書類】

こちらに画像を張り付けてください。

①振込先口座情報がわかる書類  
※口座情報の入力が正しくされているかを確認します。

- ・キャッシュカードの画像
- ・通帳の見開き画像

(作業例)

- ◆スマホやデジカメ等で写真を撮って、作業パソコンに送り、左記に貼り付ける。
- ◆お持ちのプリンターでスキャンし、データを左記に貼り付ける。

### 振込先口座情報がわかる書類(例)

- ・キャッシュカードの画像
- ・通帳の見開き画像
- ・ネットバンクの画面ハードコピー など

※添付する画像で文字が判別できない場合、審査ができませんのでご注意ください。

### <考え方>

例に限らず、様式3で入力された振込先口座情報が正しいことが分かるものを貼付してください。  
半角カナの口座名義人情報で銀行に対し振込を依頼するため、正しく入力してください。

## 6. 完成した様式を提出する。

入力を終えた様式ファイルをメールで以下の【請求先電子メールアドレス】宛てに送信してください。

【請求先電子メールアドレス】



shinsei@kobetsu-saitama.jp

※2月4日以前に請求メールをいただいても案件として受理できません。  
※ご質問等は下記の相談窓口をお願いします。

1. 件名 は「【医療機関名】第10期協力金の請求」としてください。

(例:【医療法人 さいたま会 こばとんクリニック】協力金の請求)

2. 本文 に 請求担当者の情報 を入れてください。

( 医療機関名 、 部署 、 担当者名 、 電子メールアドレス 、 電話番号 )

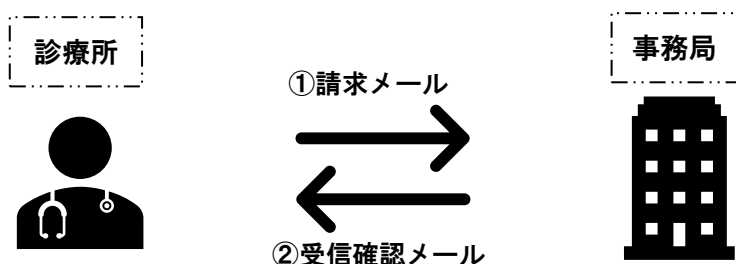
※内容に不備があった場合に、ご連絡差し上げます。

3. エクセルファイルの添付漏れがないか確認してください。

## 7. 請求後の流れ

医療機関からの請求メールの受信確認後、事務局から受信確認メールを送信します。万が一、請求メール送信後、当日又は翌営業日（営業日：月曜から金曜）までに受信確認メールが届かない場合は、再度、上記の【請求先電子メールアドレス】宛てにご連絡ください。

請求内容に不備が無かった場合、協力金は令和5年4月末までに支払います。



【問合せ先】

埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種協力金相談窓口

☎ 0570-200-745

<受付時間> 9時～18時(土日祝日を含む)

(但し、12月29日～1月3日を除く)

