福県医発第 2793 号（地）
令和４年１月７日

各 医 師 会 長　　殿

福 岡 県 医 師 会
会長代行　蓮　澤　浩　明
（公 印 省 略）

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種
会場への医療従事者派遣事業補助金交付要綱の制定について

今般、標記について福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課ワクチン接種推進室より、別紙のとおり周知依頼がありました。

本補助金は、新型コロナウイルスワクチン接種のため、時間外・休日に自治体が設置した集団接種会場に医療従事者を派遣した医療機関に対し、当該医療機関が負担した基本給・手当等の経費に対し補助するものです。

また対象経費については、派遣された医師、看護師等の基本給・手当のほか、当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等も対象経費となり得ます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、対象期間について令和３年 12 月以降の期間については、福岡県より連絡があり次第改めてご連絡いたします。

記

１．提出期限

令和４年１月 31 日
（期日を過ぎる場合は、福岡県又は医療機関が所在する市町村へ相談のうえ対応）

２．対象期間

令和３年４月１日から令和３年 11 月 30 日

３．申請先

申請する医療機関が所在する市町村の担当窓口にご提出ください。
（※60 市町村窓口一覧　参照）

４．申請に必要な書類

「福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金について」
URL：https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/zikangai-kyuuzitu-hozyo.html

５．問い合わせ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課ワクチン接種推進室市町村支援班
Tel:092-643-3620

公印省略

３疾病第１０４３７号
令和３年１２月２８日

公益社団法人福岡県医師会会長　殿

福　岡　県　保　健　医　療　介　護　部　長
（がん感染症疾病対策課ワクチン接種推進室）

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金交付要綱の制定について（通知）

本県の保健医療行政の推進につきまして、平素から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業の補助金交付要綱を別添のとおり制定いたしました。

つきましては、貴会関係者に周知くださいますようお願いします。

なお、申請書類は、市町村でとりまとめ県へ提出されますので、その旨周知願います。

また、関係団体には別途通知していることを申し添えます。

記

１　交付要綱

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金交付要綱

２　福岡県ホームページ

「福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金について」

https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/zikangai-kyuuzitu-hozyo.html

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金について

１　事業概要

この事業は、新型コロナウイルスワクチン接種のため、時間外・休日に自治体が設置した集団接種会場に医療従事者を派遣した医療機関に対し、当該医療機関が負担した基本給・手当等の経費に対し補助金を給付するものです。

２　補助金の対象について

（１）対象者

県又は県内市町村が設ける集団接種会場へ休日・時間外に**医師**又は**看護師等**を派遣した**医療機関**。

※　看護師等：歯科医師、看護師、准看護師、臨床検査技師、救急救命士。

（２）対象期間

令和３年４月１日から令和３年１１月３０日

（３）補助金額

以下の基準額と対象経費を比較し、少ない方の額を補助金額とします。

①　基準額

医師：１人１時間当たり７，５５０円

看護師等：１人１時間当たり２，７６０円

②　対象経費

県又は県内市町村が設ける集団接種会場へ休日・時間外に派遣された医師又は看護師等に支給される 賃金（基本給の従事時間相当分）、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料・賃借料、備品購入費、補助金・負担金

※　派遣元医療機関が負担する派遣された医師、看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料のほか、当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等も、対象経費となり得ます。

※　補助金の対象経費について、同一費目について別の補助金で全額支払われている場合、本事業の対象となりません。

（４）対象となる集団接種会場

県又は県内各市町村が設ける集団接種会場

（５）時間外・休日の定義

① 時間外

休日以外の日で、平素から当該医療機関が定めている診療時間（看板等に掲げているもの）以外の時間。

② 休日

日曜日・祝日

３　補助金の申請について

（１）提出書類

① 交付申請書兼実績報告書（様式第１号）

② 経費所要額調書（様式第１－１号～１－７号）

③ 誓約書（様式第１－８号）

④ 誓約書別添照会様式（様式第１－９号）

⑤ 事業実績報告書（様式第１－１０号）

（２）提出期限

令和４年１月３１日

（３）支払予定日

令和４年３月下旬（予定）

（４）提出先

各医療機関が所在する市町村窓口に提出してください。

（５）問い合わせ先

０９２－６４３－３６２０

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

ワクチン接種推進室市町村支援班

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金交付要綱

（通則）

第１条　福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業補助金について、予算の範囲内において交付するものとし、福岡県補助金等交付規則（昭和３３年福岡県規則第５号。以下「規則」という。）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

第２条　この補助金は、新型コロナウイルスワクチン接種のため、時間外・休日に自治体が設置した集団接種会場に医療従事者を派遣した医療機関に対し、当該医療機関が負担した基本給・手当等の経費に対し給付することを目的とする。

（交付対象）

第３条　補助金の交付対象となる者（以下「補助事業者」という。）は県又は県内各市町村が設ける集団接種会場に医師又は看護師等を派遣した医療機関の開設者とする。

２　前項の規定にかかわらず、事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助の対象としない。

（１）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号。以下「法」という。）第２条第２号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）

（２）法第２条第６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）が役員となっている団体

（３）暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者が役員となっている団体

（４）次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体

イ 暴力団員が事業主又は役員に就任している団体

ロ 暴力団員が実質的に運営している団体

ハ 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体

ニ 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体

ホ 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体

ヘ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体

（交付の事業内容）

第４条　補助金の交付対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、令和３年４月

１日から令和３年１１月３０日までの間、時間外・休日の医療機関から県又は県内各市町村が設ける集団接種会場に医師又は看護師等を派遣した医療機関が負担する当該医師又は看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料の他、当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給及び手当を支給する事業とする。

（補助対象経費）

第５条　この補助金の交付額は、次により算出された額とする。

１　対象事業	２　基準額	３　対象経費	４　補助率
時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	医師１人１時間当たり７，５５０円 看護師等１人１時間当たり２，７６０円 ※看護師等：歯科医師、看護師、准看護師、臨床検査技師、救急救命士	県又は県内市町村が設ける集団接種会場へ休日・時間外に派遣された医師又は看護師等に支給される賃金（基本給の従事時間相当分）、報酬、謝金、会議費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料・賃借料、備品購入費、補助金・負担金	１０分の１０

２　補助金の額は、第２欄と第３欄を比較して少ない方の額に第４欄に定める補助率を乗じた金額とする。

３　前項の規定において算出された金額に、１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（交付の条件）

第６条　この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

（１）事業に要する経費の配分の変更（軽微な変更は除く。）をする場合には、知事の承認を受けなければならない。

（２）事業の内容を変更（軽微な変更は除く。）する場合には、知事の承認を受けなければならない。

（３）補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けてはならない。

（４）補助金と事業に係る証拠書類等の管理については、事業に係る収入及び支出を明らかにした調書を作成し、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、これを事業の完了の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

（申請手続及び実績報告）

第７条　事業者が補助金の交付を受けようとするときは、様式第１号により知事が別途定める日までに知事に申請しなければならない。なお、対象期間を複数回に分けて申請することを妨げない。

２　規則第１３条に基づく補助事業の実績報告は、様式第１号により報告するものとする。

（交付決定の通知）

第８条　知事は、前条の規定による申請があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは、交付決定を行い、様式第２号により事業者に通知するものとする。

（交付決定の取消）

第９条　知事は、事業者が第６条に規定する条件に違反した場合又は不正の手段により補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を取り消すものとする。

（事業変更の承認）

第１０条　事業者は、補助事業の内容の変更（事業に要する経費の減額の場合を除く。）をしようとするときは、様式第３号により知事に申請し、その承認を受けなければならない。

２　知事は、前項の承認をする場合は、必要に応じ、交付決定の内容を変更し、又は条件を付することができる。

（補助金の支払）

第１１条　事業者が補助金の概算払を受けようとするときは、様式第４号により知事に請求しなければならない。

２　知事は、前項の規定による請求があった場合において、その内容を審査し、適当と認めるときは補助金の全部又は一部について概算払をするものとする。

（補助金の額の確定）

第１２条　知事は、第７条の規定により実績報告を受けた場合において、その内容を審査し、適当であると認めたときは、当該実績報告に基づいて、第５条により算定した額と交付額のいずれか少ない方の額により、補助金の額を確定するものとする。

（その他）

第１３条 特別の事情により第７条、第１０条、第１２条に定める手続によることができない場合には、あらかじめ、知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

（補助金の返還）

第１４条 知事は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補

助金が交付されているとき、また、補助事業者が第３条第２項に定める交付の条件に違反した場合には、期限を定めて、この補助金の全部又は一部について県に返還することを命ずるものとする。

附　則

この要綱は、令和３年１２月２８日から施行し、令和３年４月１日から令和３年１１月３０日までの補助金について適用する。

時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業に関するQ＆A（福岡県ワクチン接種推進室）

※国のQ&A等を抜粋したものです。実際の運用・解釈は厚生労働省の補助金交付要綱等に従うこととなりますので、あらかじめご了承ください。

Q1	対象となる「医療機関」とは、医療法第一条の五で規定する「病院」及び「診療所」を指すのか、同法第一条の二の2で規定する「医療提供施設」を指すのか、どちらか。	A1	医療機関は、病院及び診療所です。
Q2	医療機関に属していないフリーの医師・看護師個人に補助できるか。	A2	本事業は、派遣元の医療機関に対する補助であり、医療機関に属していないフリーの医師・看護師（個人）は補助対象になりません。
Q3	県内で自治体が開設する全ての集団接種会場が対象となるのか。	A3	県及び県内市町村が設置した全ての集団接種会場が対象となります。
Q4	職域接種での集団接種会場への派遣も対象となるか。	A4	職域接種は対象となりません。
Q5	A病院には診療科が複数あり、診療科ごとに休診日が異なる（A病院としての休診日は日曜日のみ、B診療科の休診日は水曜日と日曜日。）B診療科の医師が水曜日に集団接種会場に派遣される場合に、A病院は休日の派遣として本財政支援を受けられるか。	A5	「時間外・休日」は「当該医療機関が表示する診療時間以外の時間」及び「休日」が該当するものであり、特定の診療科が休診であることをもって対象となるものではありません。
Q6	医療機関の職務命令等に基づかず、医師等個人が医療機関の兼業許可ろ受けるなどして、時間外・休日に集団接種会場でワクチン業務に従事し、市町村から謝礼を受け取っている場合、本事業の対象となるか。	A6	派遣元医療機関が負担する派遣された医師・看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料のほか、当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等も対象経費となり得るものであり、派遣された医師・看護師等への派遣手当の支給が必ず必要なものではありません。
Q7	派遣される医師・看護師が、派遣元の医療機関における勤務シフト上、時間外・休日に該当する場合にも補助対象となるか。	A7	「時間外・休日」は「当該医療機関が表示する診療時間以外の時間」及び「休日」が該当するものであり、派遣される医療従事者の勤務シフト外であることをもって対象となるものではありません。
Q8	A市が集団接種会場の運営を医療機関Bに委託等し、医療機関Bが集団接種会場となる場合、当該医療機関Bは補助対象となるか。	A8	当該医療機関Bが集団接種会場である医療機関B自身に医療従事者を派遣することは通常考えにくい（補助対象にはならない）と思われます。
Q9	歯科医師を派遣する場合は、補助の上限額はいくらになるのか。	A9	歯科医師１人１時間あたり、2,760円が補助の上限になります。
Q10	医療従事者には、医師・看護師以外にどの職種まで含まれるのか。	A10	医師・看護師のほか、ワクチン接種を行う准看護師・歯科医師・救急救命士・臨床検査技師が対象となります。（薬剤師や事務職員は含みません。）
Q11	派遣元の医療機関には、歯科診療所も含まれるのか。	A11	歯科診療所も含まれます。ただし、歯科医師を派遣した場合の補助の上限額は１人１時間あたり2,760円となりますのでご注意ください。

Q12	大学医学部に所属する医師・看護師が時間外・休日に集団接種会場に派遣された場合、大学を医療機関とみなし、本事業の対象となるか。	A12	集団接種会場に医療従事者を派遣する派遣元の医療機関が対象となります。大学を含め、医療機関でない場合には、補助の対象とはなりません。
Q13	医師が１人しかいない医療機関（医師＝事業主の場合）等については、派遣元の医療機関に対する補助と整理すれば補助が可能か。	A13	可能です。この場合、集団接種に従事するために医療機関を休診とし、雇用する看護師を有給扱いにして基本給を出した場合に、その基本給等が対象になるものと考えられます。
Q14	医療機関が休診について予め表示した上で医療従事者を集団接種会場に派遣した場合は対象となるか。	A14	「時間外」として対象となります。
Q15	ワクチン接種の準備（例えば薬液の充填）や経過観察に専念する者も補助対象となるか。	A15	ワクチン接種業務として準備や経過観察を行う時間は対象となります。
Q16	健診機関から医療従事者を派遣した場合は対象となるか。	A16	医療機関からの派遣が対象です。
Q17	医療従事者向けの集団接種に従事した場合も対象となるか。	A17	対象となり得ます。
Q18	「時間外・休日の医療機関」からの派遣が補助対象とされているが、「時間外・休日」の定義は何か。	A18	「時間外・休日の医療機関」の「時間外・休日」は、診療報酬の時間外加算・休日加算を参考にして、「当該医療機関が表示する診療時間以外の時間」及び「休日」が該当するものであり、以下が標準となります。 「時間外」は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日診療日とする医療機関における当該休診日。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等、標準によることが困難な医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱います。 「休日」は、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3号に規定する休日。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱います。 ※お盆休みを設けている場合であっても、休診日として標榜していなければ、休日・時間外の対象とはなりません。
Q19	「１人１時間あたり」とあるが、移動時間や休憩時間を含めるのか。	A19	集団接種会場においてワクチン接種業務に従事した時間が対象となります。ワクチン接種業務として準備や経過観察、待機 、補助・見回りを行う時間は対象となり得ますが、休憩時間・移動時間は対象となりません。
Q20	高齢者施設に派遣し入所者に接種する場合も補助対象となるか。	A20	市町村が高齢者施設に集団接種会場を設置した場合に、その会場に医療従事者を派遣した派遣元医療機関も補助対象となり得ます。
Q21	本事業の上限額（医師7,550円、看護師2,760円）について、消費税はどのように考えるのか。	A21	消費税も含めた上限になります。

Q22	医療機関が負担した基本給はどのように算定するのか。	A22	基本給は、対象者について「従事時間×対象者の1時間あたり給与」で算定し、積算してください（月給や日給を記載しないでください。）。 なお、補助の対象とすることができるのは、派遣日が当該医療従事者の基本給の計算に含まれている場合に限ります。
Q23	接種会場での従事時間が1.5時間の場合、上限額はどうなるのか。	A23	例えば医師で1.5時間の場合、7,550円／時間×1.5時間が上限になります。
Q24	一つの医療機関が同日に3名の医師を派遣し、各人が2時間25分ずつ従事した場合、どう計算するのか。	A24	派遣された者ごとに上限額を計算するため、「3名×7,550円×145分／60分」が上限となります。
Q25	集団接種に従事するために休診にした場合、診療ができなかったことによる利益損失は対象になるか。	A25	本補助金の対象経費となるのは、医療機関が負担した医師・看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料等であり、利益損失の補填を目的とするものではありません。
Q26	派遣する医師や看護師等に対して市町村から謝金（旅費等）が支給されるが、これに加えてさらに今回の補助金が支給されるのか。	A26	本事業の補助金と他の補助金で対象経費を重複して補助を受けることはできませんので、派遣元医療機関において、本事業の補助金を充当する経費と、他の補助金を充当する経費が重複しないように、それぞれの使途を切り分けて整理するようにしてください。
Q27	派遣先から医療従事者個人に対して報償が支払われているが、実態としては、「医療機関の職員がその医療機関の了解のもと、集団接種会場へ行く」ので、当該職員が不在の間の派遣元医療機関の体制確保のための費用として請求して良いか。	A27	可能です。
Q28	「当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員」に支払う経費とは、具体的にどのようなものを想定しているのか。	A28	派遣された医療従事者の業務を他の方が行う場合が当てはまります。例えば、派遣医師に代わり御コール当番になる医師の基本給・手当や、個人医院が接種会場に従事するために休診とし、雇用する看護師を有給扱いにした場合の基本給分等が考えられます。
Q29	市町と医師会との業務委託契約により医師・看護師等を手配し、出務料が委託料として医師会に支払われ、その後、医師会から各医師・看護師等に支払いが行われた場合も対象となるのか。	A29	本事業は、派遣元医療機関に対して補助を行うものであり、派遣元医療機関が負担する派遣された医師、看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料のほか、当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等も対象経費となり得ます。 ただし、本事業の補助金と他の補助金で対象経費を重複して補助を受けることはできませんので、派遣元医療機関において、本事業の補助金を充当する経費と、他の補助金を充当する経費が重複しないように、それぞれの使途を切り分けて整理するようにしてください。

様式第1-1号

記載例

10桁の医療機関コードを記入

医療機関コード（10桁）	3312345678

補助金所要額調書兼医療従事者派遣証明書

医療機関名	医療法人〇〇〇医院	通常の診療時間	例：(月・火・木・金)9:00～11:30　15:00～18:00 (土)9:00～11:30
所在地	福岡市博多区〇〇〇		(月・火・木・金)9:00～11:30　15:00～18:00 (土)9:00～11:30
電話番号	092－643－〇〇〇〇	通常の休診日	例：水曜日、日曜日、祝日
FAX番号	092－643－〇〇〇〇		水曜日、日曜日、祝日
メールアドレス	fukuokaken@×××.jp	集団接種会場への派遣のために特別に診療時間を変更又は休診とした日時（予め表示した場合に限る）	例：〇/〇15:00～18:00
事務担当者名	福岡　花子		

時間外・休日に県又は市町村の設ける集団接種会場へ下記のとおり職員を派遣したことを証明します。

医療機関代表者氏名を記入し、代表者印を押印

医療機関代表者　博多　太郎　　代表者印　印

（単位：円）

（A）補助上限額の計算

派遣した医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A) 補助上限額 （医師×7,550 ＋医師以外×2,760）
	医師の場合 （単価7,550円）	医師以外の医療従事者の場合 （単価2,760円）	
様式第1-2号のとおり	7.0	13.5	90,110

様式第1-2号の合計の時間数及び補助上限額を記入

（B）医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支出する経費

医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
氏名	基本給	派遣手当	時間外手当	保険料等	
様式第1-3号のとおり	90,000	15,000	8,000	0	113,000

様式第1-3号の合計の時間数及び補助上限額を記入

（C）（B）以外に、医療機関がこの派遣事業に伴い支出する経費

(B)以外に負担する経費				(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
氏名	基本給	時間外手当	その他手当	
様式第1-4号のとおり	0	30,000	0	0	30,000

様式第1-4号の合計の時間数及び補助上限額

（D）補助金の対象となる経費のうち、既に市町村から他の補助金・負担金が支払われる（又は支払われる予定）の経費

補助金名	対象経費のうち市町村からの補助金等総額
様式第1-5号のとおり	40,000

様式第1-5号の市町村からの補助金及び負担金の

【　補助金交付申請額の計算　】

(A) 補助上限額	(B) 派遣した医師・看護師等に対して支出する経費計	(C) （B）以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計	(D) 派遣事業経費のうち、市町村からの補助金等により支払われる経費	(E) 医療機関からの支出経費計 (B)＋（C）－(D)	(F) 補助基本額 ※（A）と（D）を比較して少ない方の額	(G) 補助率	(H) 交付申請額 (F)×(G) ※千円未満切捨て
90,110	113,000	30,000	40,000	103,000	90,110	10/10	90,000

様式第1-2号　記載例

日付	派遣した医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A) 補助上限額
		医師の場合 （単価7,550円）	医師以外の医療従事者の場合 （単価2,760円）	（医師×7,550 ＋医師以外×2,760）
7月8日	有明　海子	7.0		52,850
7月9日	背振　山男		7.5	20,700
7月10日	九州　一郎		6.0	16,560
		7.0	13.5	90,110

様式第1-6号で、医療従事者ごとの従事時間数を計算した時間数をこの表に入力し、補助上限額を算出する。

【参考】
・「看護師等」には医師以外のワクチン接種
　を行う看護師・准看護師・歯科医師を含む。
　（薬剤師や事務職員は含まれません。）

●休日の定義：日曜日・国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する国民の祝日。
※上記に診療時間を割り当てている医療機関においても、終日休日とする。
●時間外の定義：概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等、標準によることが困難な医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱う。
※当該医療機関が医療従事者を集団接種会場に派遣するために診療時間を変更又は休診した場合は、予めその旨を表示した上で派遣すれば時間外とする。

様式第1-3号　記入例

医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
氏名	基本給	派遣手当	時間外手当	保険料等	
有明　海子	50,000	5,000	4,000	0	59,000
背振　山男	20,000	5,000	2,000	0	27,000
九州　一郎	20,000	5,000	2,000	0	27,000
	90,000	15,000	8,000	0	113,000

月給の場合、月額の基本給を月の勤務日数で除し、派遣に要した日数を乗じてください。（月額の基本給を全額記載するのではなく、集団接種会場への派遣業務相当分のみを記載してください。）例：基本給20万、月の勤務日数20日、集団接種への派遣1日の場合、1万円を記載してください。円未満は切り捨ててください。

集団接種会場に派遣した医師・看護師等に対して支払った経費を記入。
●対象経費の例：派遣した医師・看護師等の基本給・派遣手当・旅費・保険料等
（経費の項目は適宜記入のこと）

様式第1-4号　記入例

(B)以外に負担する経費					(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
氏名	基本給	時間外手当	その他手当		
筑後　川代		14,000			14,000
博多　一郎		16,000			16,000
					0
					0
					0
	0	30,000	0	0	30,000

当該派遣に伴い勤務に影響を受ける職員の基本給や手当等を記入。
（経費の項目は適宜記入のこと）

様式第1-5号　記入例

市町村からの補助金等名称	(B)（C）のうち、市町村からの補助金等で支払われる額			
	補助金の対象となる経費	支払（予定）日	支払（予定）額 (D)	備考 （交付金の目的等）
○○交付金	派遣手当	令和3年10月1日	15,000	医師及び看護師の時間外派遣により支払った派遣手当てに対する補助金
○○交付金	旅費	令和3年10月1日	5,000	医師及び看護師の時間外派遣により支払った旅費に対する補助金
△△交付金	基本給	令和4年2月予定	20,000	医師及び看護師の時間外派遣に伴い雇用した代替医師の基本給に対する交付金
			40,000	

様式１－３及び１－４で入力した経費のうち、市町村からの補助金等で賄われる経費を記入。
支払が行われていないものについては、支払予定日及び予定額を記入。
同一の補助金等で経費の内訳が異なるものについては、それぞれの経費について記入。

様式第１－６号

記載例

①日付、曜日、医療従事者ごとの集団接種会場での従事状況を記載し、「各医療従事者が、どの集団接種会場で、医療機関の時間外・休日に何時間ワクチン接種に従事したか」を計算する。

医療機関コード（10桁）	医療機関名
XXXXXXXXX	医療法人〇〇〇医院

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

日付	曜日	医療従事者の区分	医療従事者氏名	医療機関の時間外・休日における集団接種会場での従事状況				
				会場名	会場のある市町村	当日の全従事時間	全従事時間のうち、医療機関の時間外・休日にあたる時間	補助金対象時間数
7月8日	木	医師	有明　海子	〇〇〇センター	糸島市	8:00-12:00	8:00-9:00	1
7月8日	木	看護師等	背振　山男	〇〇〇センター	糸島市	8:00-12:00, 15:00-21:00	8:00-9:00, 18:00-21:00	4
7月9日	金	医師	有明　海子	〇〇〇公民館	福岡市	8:00-12:00	8:00-9:00	1
7月9日	金	看護師等	背振　山男	〇〇〇公民館	福岡市	8:00-14:00	8:00-9:00, 11:30-14:00	3.5
7月10日	土	看護師等	九州　一郎	〇〇〇事務所	粕屋町	13:00-16:00, 18:00-21:00	13:00-16:00, 18:00-21:00	6
7月11日	日	医師	有明　海子	〇〇〇事務所	粕屋町	15:00-20:00	15:00-20:00	5

「看護師等」に含まれるのは、看護師、准看護師、歯科医師を派遣した場合のみに限ります。
事務職員、薬剤師等を集団接種会場に派遣していたとしても看護師等として計上することはできません。

様式第1-1号

医療機関コード（10桁）	

補助金所要額調書兼医療従事者派遣証明書

医療機関名		通常の診療時間	例：（月・火・木・金）9:00～11:30　15:00～18:00 （土）9:00～11:30
所在地			
電話番号		通常の休診日	例：水曜日、日曜日、祝日
FAX番号			
メールアドレス		集団接種会場への派遣のために特別に診療時間を変更又は休診とした日時（予め表示した場合に限る）	例：〇/〇15:00～18:00
事務担当者名			

時間外・休日に県又は市町村の設ける集団接種会場へ下記のとおり職員を派遣したことを証明します。

医療機関代表者　　印

（単位：円）

（A）補助上限額の計算

派遣した医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A) 補助上限額 （医師×7,550 ＋医師以外×2,760）
	医師の場合 （単価7,550円）	医師以外の医療従事者の場合 （単価2,760円）	
様式第1-2号のとおり			

（B）医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支出する経費

医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
氏名	基本給	派遣手当	時間外手当	保険料等	
様式第1-3号のとおり					

（C）（B）以外に、医療機関がこの派遣事業に伴い支出する経費

（B）以外に負担する経費					(C) （B）以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
氏名	基本給	時間外手当	その他手当		
様式第1-4号のとおり					

（D）補助金の対象となる経費のうち、既に市町村から他の補助金・負担金が支払われる（又は支払われる予定）の経費

補助金名	対象経費のうち市町村からの補助金等総額
様式第1-5号のとおり	

【　補助金交付申請額の計算　】

(A) 補助上限額	(B) 派遣した医師・看護師等に対して支出する経費計	(C) （B）以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計	(D) 派遣事業経費のうち、市町村からの補助金等により支払われる経費	(E) 医療機関からの支出経費計 (B)＋(C)-(D)	(F) 補助基本額 ※（A）と（E）を比較して少ない方の額	(G) 補助率	(H) 交付申請額 (F)×(G) ※千円未満切捨て
						10/10	

様式第1-2号

医療機関コード	
医療機関名	

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

	日付	派遣した医師・看護師等の氏名	時間外・休日の接種従事時間数		(A)補助上限額（医師×7,550＋医師以外×2,760）
			医師の場合（単価7,550円）	医師以外の医療従事者の場合（単価2,760円）	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					

様式第1-3号

医療機関コード	
医療機関名	

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

	医療機関が、派遣した医師・看護師等に対して支払う経費					(B) 派遣する医師・看護師等に対して支出する経費計
	氏名	基本給	派遣手当	時間外手当	保険料等	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						

様式第1-4号

医療機関コード	
医療機関名	

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

	(B)以外に負担する経費					(C) (B)以外に、この派遣事業に伴い支出する経費計
	氏名	基本給	時間外手当	その他手当		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

様式第1-5号

医療機関コード	
医療機関名	

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

	市町村からの補助金等名称	(B)（C）のうち、市町村からの補助金等で支払われる額			
		補助金の対象となる経費	支払（予定）日	支払（予定）額 (D)	備考（交付金の目的等）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					

様式第１－６号

医療機関コード（10桁）	医療機関名

↓注：対象期間は、令和３年４月１日～１１月３０日です。日付順に記載してください。

	日付	曜日	医療従事者の区分	医療従事者氏名	医療機関の時間外・休日における集団接種会場での従事状況				
					会場名	会場のある市町村	当日の全従事時間	全従事時間のうち、医療機関の時間外・休日にあたる時間	補助金対象時間数
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									

様式第1-7号

補助金チェックリスト

この補助金は、時間外・休日に自治体が設置した集団接種会場に医療従事者を派遣した医療機関が負担した基本給・手当等の経費の一部を補助するものです。

対象となる経費に対し、市町村から別途補助金の支払いがある場合、本補助金の対象外となりますので、様式1−1号から1−6号を記入のうえ、下記事項にチェックをいれてください。

↓チェック欄

☐ 集団接種会場への時間外・休日派遣に伴う経費に対し、市町村から医療機関に対し補助金が重複して支払われている事実はない。

☐ 集団接種会場への時間外・休日派遣に伴う経費に対し、市町村から医師・看護師等に対し補助金が重複して支払われている事実はない。

上記が事実と相違ないことを証明する。

印

様式第１－8号

誓　約　書

年　　月　　日

福岡県知事　殿

所　在　地

名　　称

代表者氏名　　（署名又は記名押印）

福岡県新型コロナワイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業費補助金の交付申請に当たり、申請者及び申請者の全役員は下記のことを誓約します

この誓約の内容と事実が反することが判明した場合は、当該事実に関して福岡県が行う一切の措置に対して異議の申立てを行いません。

また、福岡県新型コロナワイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業費補助金の交付決定後にこの誓約の内容と事実が反することが判明し、交付決定の全部又は一部が取り消された場合には、福岡県に対し、当該補助金の全部又は一部を返還します。

なお、この誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

記

1　申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律(平成３年法律第７７号。以下「法」という。）第２条第２号に規定する暴力団ではありません。

2　申請者は、法第２条第６号に規定する暴力団員が役員等になっている団体ではありませ

3　申請者は、暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者が役員等になっている団体で

4　申請者及び申請者の役員等は、次に掲げる暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する団体ではありません。

（１）暴力団員が事業主又は役員に就任している団体
（２）暴力団員が実質的に運営している団体
（３）暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している団体
（４）契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している団体
（５）暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している団体
（６）暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している団体

5　申請者が実施する事業(事業の準備を含む。）により暴力団を利することとならないようにするとともに、県が実施する暴力団の排除に関する施策に協力します。

6　上記のほか、関係法令を遵守するとともに、暴力団の排除を推進し、県民の安全で平穏な生活の確保及び福岡県における社会経済活動の健全な発展に寄与します。

役　員　一　覧

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
	（　　）	男・女		明・大・昭・平・令 年　月　日
	（　　）	男・女		明・大・昭・平・令 年　月　日

※ 役員全員を記載すること。

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
	( )	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日

※ 役員全員を記載すること。

様式第１－9号

誓　約　書　別　添　照　会　様　式

医療機関名	
所属課名	
担当者名	
電話番号(内線番号)	

様式1－8号「誓約書」中の役員一覧に記載した役員について、福岡県警察本部に照会するため、以下の欄に該当する情報の記入をお願いします。

氏名カナ(半角カナ、姓と名は半角スペースで分ける)	氏名(姓と名は全角スペースで分ける)	生年月日				性別 男性:M 女性:F	暴力団排除の根拠規定	対象事業名(事業・大会等の名称)	県庁所管課名	医療機関名	医療機関担当者
		元号 大正:T 昭和:S 平成:H	年	月	日						
							補助金等交付規則		がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		
							補助金等交付規則	福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	がん感染症疾病対策課		

入力上の留意点

1　列追加の不可、行追加は可。

2　外国人で日本名もある場合は、各々一列に入力すること。

3　アルファベット氏名はカタカナで入力すること。

4　常用漢字ではない文字が氏名に使用されている場合は、簡体字を当ててください。

5　適当な簡体字がない場合は、欄ごと空白としてください。

6　照会データは一つのSHEETにまとめてください。（複数のSHEETは不可）

様式第１－１０号

事業実績報告書

補助事業者名	
（事務担当者） 役職・氏名	
電話番号	
ファクシミリ番号	
電子メール	

1　施設の名称及び所在地

⑴　名称	
⑵　所在地	

2　事業の名称

新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

3　事業内容　　※具体的に記載すること。

4　事業の期間

⑴　事業期間	
①事業着手日	
②事業完了日	

5　事業費

事業費（円）	
⑴　補助金	
県補助金	
⑵　地方債	
⑶　寄附金	
⑷　その他	

6　事業費の積算根拠　　※単価及び金額には、消費税を含んだ額を記入してください。

項　　目	積　　算	金　　額（円）	備　　考
⑴　補助対象事業分			
小　計	－		－
⑵　補助対象外事業分			
小　計	－		－
合　計	－		－

記載上の留意事項

・色のついたセルに記入してください。

・３「事業内容」は経費負担の理由がわかる内容を記入してください。

・６の⑵「補助対象外事業分」は該当する補助金を受けている場合のみ記入してください。

様式第１－１０号

事業実績報告書

補助事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（事務担当者） 役職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ファクシミリ番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電子メール ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1 施設の名称及び所在地

⑴ 名称	●●病院
⑵ 所在地	福岡県●●町○○

2 事業の名称

新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

3 事業内容 ※具体的に記載すること。

令和３年８月●日から１０月●日の間、●●町が設置した集団接種会場に医師及び看護師を派遣した。
派遣に際し、代替の医師及び看護師を配置した。
詳細は様式１－１～１－６のとおり。

4 事業の期間

⑴ 事業期間	
①事業着手日	令和３年８月●日
②事業完了日	令和３年１０月●日

5 事業費

事業費（円）	68,800
⑴ 補助金	68,800
県補助金	68,800
⑵ 地方債	
⑶ 寄附金	
⑷ その他	

6 事業費の積算根拠 ※単価及び金額には、消費税を含んだ額を記入してください。

項目	積算	金額（円）	備考
⑴ 補助対象事業分	医師の派遣に伴う経費	75,000	
	看護師の派遣に伴う経費	13,800	
小計	－	88,800	－
⑵ 補助対象外事業分	●●町補助金（○○○事業）	20,000	
小計	－	20,000	－
合計	－	68,800	－

記載上の留意事項

・色のついたセルに記入してください。

・３「事業内容」は経費負担の理由がわかる内容を記入してください。

・６の⑵「補助対象外事業分」は該当する補助金を受けている場合のみ記入してください。

福岡県新型コロナウイルスワクチン接種に係る時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業申請書類　送付先一覧

市町村名	郵便番号	住所	担当課
01 北九州市	802-0003	北九州市小倉北区米町二丁目２番１号　新小倉ビル４階 (北九州市新型コロナウイルスワクチン接種オペレーションセンター)	保健福祉局新型コロナウイルス感染症医療政策部 感染症医療政策課
02 福岡市 ※市医師会加入の有無により送付先が異なります	814-0001	市医師会に加入している医療機関 福岡市早良区百道浜１丁目６番９号	市医師会に加入している医療機関 一般社団法人 福岡市医師会 地域医療課
	810-8620	市医師会に加入していない医療機関 福岡市中央区天神一丁目８－１	市医師会に加入していない医療機関 保健福祉局新型コロナウイルスワクチン接種担当
03 大牟田市	836-0851	大牟田市笹林町1-1-2　保健センター仮事務室２階	保健福祉部新型コロナワクチン接種推進室
04 久留米市	830-8520	久留米市城南町１５番地３	新型コロナウイルスワクチンプロジェクト
05 直方市	822-8501	直方市殿町７-1	健康長寿課健康推進係
06 飯塚市	820-8605	飯塚市忠隈523番地	市民協働部健幸保健課新型コロナウイルス対策担当
07 田川市	825-8501	田川市中央町1番1号	保健福祉課
08 柳川市	832-8601	柳川市本町87番地１	健康づくり課
09 八女市	834-8585	八女市本町647番地	健康福祉部健康推進課新型コロナウイルスワクチン接種係
10 筑後市	833-8601	筑後市大字山ノ井898番地	市民生活部ワクチン接種対策室
11 大川市	831-8601	大川市大字酒見256番地1	健康課健康推進係
12 行橋市	824-8601	行橋市中央一丁目1番1号	地域福祉課
13 豊前市	828-8501	豊前市大字吉木955番地	健康長寿推進課　健康増進係
14 中間市	809-0014	中間市蓮花寺三丁目１番６号	保健センター
15 小郡市	838-0126	小郡市二森1167-1	健康課健康推進係
16 筑紫野市	818-0013	筑紫野市岡田３丁目１１番地１	健康福祉部健康推進課
17 春日市	816-0851	春日市昇町1丁目120番地	健康スポーツ課健康づくり担当
18 大野城市	816-0934	大野城市曙町2丁目2番1号	長寿社会部 すこやか長寿課健康長寿担当
19 宗像市	811-3492	宗像市東郷一丁目１番１号	健康福祉部新型コロナワクチン接種推進室
20 太宰府市	818-0198	太宰府市観世音寺一丁目1番1号	ワクチン接種特別対策班（元気づくり課）
21 古賀市	811-3116	古賀市庄205番地	健康介護課新型コロナウイルス対策係
22 福津市	811-3293	福津市中央１－１－１	健康福祉部新型コロナワクチン接種対策室
23 うきは市	839-1393	うきは市吉井町新治316	保健課
24 宮若市	823-0011	宮若市宮田２９番地１	健康福祉課健康対策係
25 嘉麻市	820-0292	嘉麻市岩崎1180番地1	健康課健康推進係
26 朝倉市	838-0068	朝倉市甘木198番地1	新型コロナウイルスワクチン接種対策室
27 みやま市	835-8601	みやま市瀬高町小川5	健康づくり課健康係 (新型コロナウイルスワクチン接種対策室)
28 糸島市	819-1192	糸島市前原西1-1-1	健康づくり課
29 那珂川市	811-1292	那珂川市西隈1丁目1番1号	新型コロナウイルスワクチン接種推進担当
30 宇美町	811-2192	糟屋郡宇美町宇美５丁目１番１号	新型コロナウイルスワクチン接種事業推進本部
31 篠栗町	811-2417	糟屋郡篠栗町中央1丁目9番2号　篠栗町総合保健福祉センター	健康課 新型コロナウイルスワクチン接種推進室
32 志免町	811-2292	糟屋郡志免町志免中央1丁目1番1号	健康課
33 須恵町	811-2193	糟屋郡須恵町大字須恵771番地	健康増進課新型コロナウイルスワクチン接種推進室
34 新宮町	811-0119	糟屋郡新宮町緑ケ浜4丁目3番1号新宮町福祉センター	健康福祉課
35 久山町	811-2501	粕屋郡久山町大字久原1822-1ヘルスＣ＆Ｃセンター	健康課
36 粕屋町	811-2314	糟屋郡粕屋町若宮1丁目1-1	新型コロナウイルスワクチン接種事業事務室
37 芦屋町	807-0198	遠賀郡芦屋町幸町2-20	健康・こども課
38 水巻町	807-0025	遠賀郡水巻町頃末南3丁目11-1	健康課
39 岡垣町	811-4233	遠賀郡岡垣町野間一丁目一番一号	健康づくり課
40 遠賀町	811-4392	遠賀郡遠賀町大字今古賀５１３	健康こども課
41 小竹町	820-1192	鞍手郡小竹町大字勝野3167番地1	健康増進課
42 鞍手町	807-1392	鞍手郡鞍手町大字中山３７０５番地	保険健康課
43 桂川町	820-0693	嘉穂郡桂川町大字土居３６１番地	健康福祉課
44 筑前町	838-0298	朝倉郡筑前町篠隈373	健康課 新型コロナワクチン接種対策室
45 東峰村	838-1692	朝倉郡東峰村大字小石原 941-9	保健福祉課
46 大刀洗町	830-1298	三井郡大刀洗町大字富多819	健康課
47 大木町	830-0416	三潴郡大木町大字八町牟田255番地１	健康福祉課
48 広川町	834-0115	八女郡広川町大字新代1804-1	住民課健康係
49 香春町	822-1492	田川郡香春町大字高野994	保険健康課
50 添田町	824-0691	田川郡添田町大字添田2151番地	保健福祉環境課
51 糸田町	822-1316	田川郡糸田町1971－1番地	糸田町保健センター
52 川崎町	827-0004	田川郡川崎町大字田原804 川崎町保健センター	健康づくり課
53 大任町	824-0512	田川郡大任町大字大行事３０６７	住民課
54 赤村	824-0432	田川郡赤村大字内田1188番地	住民課
55 福智町	822-1101	田川郡福智町赤池970番地1	コスモス保健センター
56 苅田町	800-0392	京都郡苅田町富久町１丁目19番地１	子育て・健康課
57 みやこ町	824-0892	京都郡みやこ町勝山上田960番地	子育て・健康支援課
58 吉富町	871-8585	築上郡吉富町大字広津226番地1	子育て健康課
59 上毛町	871-0992	築上郡上毛町大字垂水1321番地1	子ども未来課
60 築上町	829-0392	築上郡築上町大字椎田891番地2	新型コロナウイルスワクチン接種対策班