

福島医発第 1408 号 (地)  
令和 3 年 8 月 10 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会 長 松 田 峻 一 良  
(公 印 省 略)

## 福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種支援事業実施要領の制定について

新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求方法については、令和 3 年 6 月 28 日福島医発第 989 号 (地) にてお知らせし、個別接種促進のための支援事業の請求方法については、追ってご連絡するとしておりました。

今般、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より、新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための支援事業に係る実施要領が制定され、申請先及び具体的な請求方法等について、周知依頼がありました。

申請先については、申請する医療機関が所在する市町村(コロナウイルスワクチンの補助金担当部署) となっておりますのでご注意ください。

概要は下記のとおりです。

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、8 月以降の請求については、改めてお知らせいたします。

## 記

### 1. 申請受付期間

第 1 期【令和 3 年 5 月 9 日 (日) から同年 7 月 31 日 (土) の実施分】

…令和 3 年 8 月 10 日 (火) から同年 8 月 31 日 (火) まで受付

第 2 期【令和 3 年 8 月 1 日 (日) から同年 10 月 2 日 (土) の実施分】 (予定)

…令和 3 年 10 月 1 日 (金) から同年 10 月 31 日 (日) まで受付

第 3 期【令和 3 年 10 月 3 日 (日) から同年 12 月 4 日 (土) の実施分】 (予定)

…令和 3 年 12 月 1 日 (水) から同年 12 月 31 日 (金) まで受付

### 2. 申請書類等

(1) 申請に必要な書類

① 実績報告書 (様式 2) (病院用・診療所用)

② 請求書 (様式 3) (病院用・診療所用)

③ 特別な体制を確保したことの確認用チェックリスト (病院用)

※特別な接種体制を確保し、50 回以上/日の接種を週 1 日以上、4 週間以上達成した場合の医師・看護師等に係る追加交付について請求される病院のみご提出ください。

- ④ 振込先が確認できるもの。(銀行通帳の契約内容の写し(通帳1ページ目)、インターネットバンキングの口座情報画面の写し等)

※様式2及び様式3については、令和3年6月28日福県医発第989号(地)における様式2(実績報告書)及び様式3(請求書)より、追加入力項目(日付、住所、記入者氏名、開設者の押印)がございましたのでご注意ください。

追加入力項目(日付、住所、記入者氏名、開設者の押印)のある申請書類は、  
本会HP([https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/kanren\\_joho/covid-19/8381.html](https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/kanren_joho/covid-19/8381.html))に掲載しております。

※様式2は時間外・休日接種に係る市町村への提出資料と共通様式です。県への当請求と市町村への請求を同時に提出される場合は、様式2は2部(市町村提出用、県提出用)必要となりますのでご注意ください。

### 3. 申請先

申請する医療機関が所在する市町村(コロナウイルスワクチンの補助金担当部署)にご提出ください。

※1に定める期間の各最終受付日までの消印有効。

### 4. 本支援に関する問い合わせ先(事務委託会社)

新型コロナウイルスワクチン個別接種支援受付担当  
電話番号: 0120-579-567

【受付時間】平日(土日祝日を除く)午前9時から午後5時まで

公印省略

3疾病第4265号  
令和3年8月6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個別接種支援事業実施要領  
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は、平素から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

新型コロナウイルスワクチン個別接種促進のための支援事業に係る請求方法等について、実施要領を定めましたので、送付いたします。

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いたします。

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。

なお、8月以降の請求については、別途お知らせいたします。

記

1 制定要領

福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種支援事業実施要領

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個別接種支援金について」

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/coronavaccine-kyouryoku.html>

3 本支援に関する問い合わせ先 (事務委託会社)

新型コロナウイルスワクチン個別接種支援受付担当

電話番号：0120-579-567

【受付時間】 平日 (土日祝日を除く) 午前9時から午後5時まで

※8月10日から対応を開始いたします。

# 福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進支援事業

## 申請要領

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

### 概要

#### 1. 趣旨

福岡県内の市町村が実施している新型コロナウイルスワクチンの接種に御協力いただいた医療機関に対し、福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種推進支援金（以下「支援金」という。）を給付します。

#### 2. 対象期間

第1期 … 令和3年5月9日（日）から同年7月31日（土）

第2期 … 令和3年8月1日（日）から同年10月2日（土）（予定）

第3期 … 令和3年10月3日（日）から同年12月4日（土）（予定）

#### 3. 支給基準

診療所と病院の支援金の支給額は以下のとおりとします。なお、接種回数（予診のみは含まない）により算定します。その際、消費税は反映しません。

（診療所）

（1）週100回以上の接種を、2に定めるいずれかの期間に4週間以上行う場合には、該当する週における接種回数に対して回数あたり2,000円

（2）週150回以上の接種を、2に定めるいずれかの期間に4週間以上行う場合には、該当する週における接種回数に対して回数あたり3,000円

（3）50回以上／日の接種を行った場合には、1日あたり定額で10万円

※（1）と（2）における「週」とは日曜日から土曜日の一週間を指す。

※（1）と（2）の該当する週の重複は不可。

（（2）の該当週を（2）の要件から外し、（1）の要件にはできる。）

※（3）は（1）及び（2）の要件を満たさない週に属する日に限る。

(病院)

(4) 50回以上／日の接種を行った場合には、1日あたり定額で10万円

(5) 特別な接種体制（※通常診療とは別に、接種の為の特別な人員体制）を確保した場合であって、1日50回以上の接種を週1日以上達成する週が、2に定めるいずれかの期間に4週間以上ある場合には、(4)に加えて、以下を加算。

医師 1人1時間あたり 7,550円

看護師等 1人1時間あたり 2,760円

※(5)の対象となる日は、1日50回以上の接種を行った日に限る。

## 申請要件

申請をできる者は、次の全ての要件を満たす医療機関に限ります。

1. 個別接種に協力し、支給基準を満たす接種や接種体制確保を行う福岡県内の医療機関であること。
2. 申請者が次のいずれにも該当しないこと。
  - (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

## 申請手続き等

### 1. 申請受付期間

第1期 … 令和3年8月10日（火）から同年8月31日（火）

第2期 … 令和3年10月1日（金）から同年10月31日（日）

第3期 … 令和3年12月1日（水）から同年12月31日（金）

### 2. 申請書類等

次の申請書類を提出してください。

なお、必要に応じて追加書類の提出及び説明等を求める場合があります。

#### (1) 申請に必要な書類

- ① 実績報告書（様式2）
- ② 請求書（様式3）
- ③ 振込先が確認できるもの。（銀行通帳の契約内容の写し（通帳1ページ目）、インターネットバンキングの口座情報画面の写し等）

※様式2及び様式3について、「新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求について」（令和3年6月23日付厚生労働省健康局健康課予防接種室発出事務連絡）（以下「事務連絡」という。）における様式2（実績報告書）及び様式3（請求書）と同様式であり、当該様式をご使用いただいても構いませんが、追加入力項目（日付、住所、記入者氏名、開設者の押印）の記載漏れがないよう、ご注意ください。

※事務連絡の様式2は時間外・休日接種に係る市町村への提出資料と共通様式です。県への当請求と市町村への請求を同時に提出される場合は、様式2は2部（市町村提出用、県提出用）必要となりますのでご注意ください。

### 3. 申請に必要な書類の入手方法

福岡県ホームページからダウンロードできます。

「福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種支援金について」

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/coronavaccine-kyouryoku.html>

### 4. 申請方法

申請する医療機関が所在する市町村の新型コロナウイルスワクチンの補助金担当部署にご提出ください。1に定める期間の各最終日までの消印有効とします。

## 5. 通知、支給の決定等

申請書類の審査の結果、支給の決定をしたときは、お支払することで通知に変えます。支給時期については、申請から概ね1ヶ月から2ヶ月程度を想定していますが、一定の時期に申請が集中した場合や書類の不備があった場合等、更に時間を要することがあります。

### その他

1. 支給決定後、申請要件に該当しない事実や不正が発覚した場合、福岡県は支給を取り消す場合があります。この場合、申請者は、受領金を返還するとともに、受領の日から返還の日までの日数に応じた加算金（受領金の額に年率7.3%の割合で計算した額）を支払うことになります。
2. 報告に疑義が生じた場合、所管の市町村や申請した医療機関に対して、内容を問い合わせることや、追加で資料を請求することがあります。
3. 第2期、第3期に係る申請については、今後受付期間などに変更が生じる場合があります。変更が生じた場合は、別途お知らせします。

#### (問い合わせ先)

新型コロナウイルスワクチン個別接種支援受付担当

TEL : 0120-579-567

(平日(土日祝日を除く)午前9時から午後5時まで)

※令和3年8月10日(火)よりお問い合わせいただけます。

## 福岡県新型コロナウイルスワクチン個別接種支援事業実施要領

### 1 目的

この事業は、新型コロナウイルス感染症への対応として、新型コロナウイルスワクチン接種を進める観点から、個別接種を実施する医療機関（病院・診療所）が継続的に接種回数を増加し、または集中的に接種を実施した場合、市町村から医療機関に支払われる通常の接種費用（負担金）とは別に支援金を支払うことで、ワクチンの個別接種の促進を図ることを目的とする。

### 2 対象医療機関及び支給額

県内で新型コロナウイルスワクチン接種を実施する医療機関において、令和3年5月9日から7月末までの接種実績に応じて支給する。

#### 【診療所】

- (a) 週 100 回以上の接種を 4 週間以上行う場合には、週 100 回以上の接種をした週における接種回数に対して回数当たり 2,000 円
- (b) 週 150 回以上の接種を 4 週間以上行う場合には、週 150 回以上の接種をした週における接種回数に対して回数当たり 3,000 円
- (c) 50 回以上／日の接種を行った場合には、1 日当たり定額で 10 万円

#### 【病院】

- (d) 50 回以上／日の接種を行った場合には、1 日当たり定額で 10 万円
- (e) 特別な接種体制を確保した場合であって、50 回以上／日の接種を週 1 日以上達成する週が、4 週間以上ある場合には、(d)に加えて、以下を加算
  - 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

※接種回数により算定し（予診のみは含まない）、消費税は反映しないこと。

※(a)または(b)と(c)は重複しない。

※(e)の対象となる日は、50 回以上／日の接種を行った日に限る。

### 3 請求方法等

#### (1) 医療機関

対象医療機関は、実績報告書（様式2）、請求書（様式3）及びチェックリスト（別紙1）を作成し、所在する市町村に対して、4の提出期限内に提出する。

※チェックリスト（別紙1）の提出は(e)の請求を行う病院に限る。

(2) 市町村

市町村は、医療機関から提出された書類を確認した後、謝金の支払い依頼(様式1)と合わせて、予め県から提供されたレターパックにて、県に対して、4の提出期限内に関係書類を送付する。

(3) 県

県は、市町村からの依頼を受け、医療機関からの請求書類等を審査後、請求内容が適当であると認めたときには、4の支払期限内に医療機関が指定する口座に支払いを行う。また、支払依頼元の市町村及び医療機関に対し、支払通知を送付する。

4 提出期限等

令和3年7月末までの実績に係る請求

医療機関から市町村への提出期限 8月31日

市町村から県への提出期限 9月10日

県から医療機関への支払期限 10月31日

(附則)

この要領は令和3年8月1日から施行し、5月10日の週の実績から適用する。