**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金申請書類チェックシート**

第９期用（病院）

　○申請書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、申請書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | チェック |
| **１　交付申請書兼概算払請求書（様式１）** |  |
| チェック項目 | １ | 申請日は提出期限内となっているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 申請額の総額は、各事業内訳の合計となっているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業計画書（様式２）** |  |
| 項目 | １ | 事業計画の対象期間と申請時期は一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種計画書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 各事業の基準額は、算出内訳（接種回数等）に補助単価を乗じた額になっているか。 | □ |
| ４ | 補助金交付申請総額は、「様式１交付申請書兼概算払請求書」の申請額と一致しているか。 | □ |
| ５ | 収支予算は、補助金交付申請総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| ６ | 振込先口座情報は記載しているか。 | □ |
| **３　個別接種計画書（様式2-1）** |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| ２ | **時間外、夜間、休日にかかる接種体制を用意した日は、該当する全ての日に〇を記載しているか。**（本補助金では、土曜日も休日扱いとなります） | □ |
| ３ | 特別体制確保の医師又は看護師等の従事した時間は、週の合計ごとに端数を切り捨てているか。（※１時間未満は切り捨て） | □ |
| ４ | **記載している接種回数、時間外等の要件は、全て事実と相違ないか。**（事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |
| **４　振込先の口座情報が確認できる書類（通帳の表及び見開き部分の写し）**　　※金融機関、支店、口座番号、口座名義人（カナ含む）が確認できる部分 | □ |
| **５　集団及び職域接種報告書（個別接種関係）**※職域接種を実施した医療機関は職域接種報告書(個別接種関係)を提出してください。 | □ |

　※項目の3-3、5については、該当する場合のみチェックしてください。

第10・11期用（病院）

**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金申請書類チェックシート**

　○申請書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、申請書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | チェック |
| **１　交付申請書兼概算払請求書（様式１）** |  |
| チェック項目 | １ | 申請日は提出期限内となっているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 申請額の総額は、各事業内訳の合計となっているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業計画書（様式２）** |  |
| 項目 | １ | 事業計画の対象期間と申請時期は一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種計画書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 各事業の基準額は、算出内訳（接種回数等）に補助単価を乗じた額になっているか。 | □ |
| ４ | 補助金交付申請総額は、「様式１交付申請書兼概算払請求書」の申請額と一致しているか。 | □ |
| ５ | 収支予算は、補助金交付申請総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| ６ | 振込先口座情報は記載しているか。 | □ |
| **３　個別接種計画書（様式2-1）** |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| 2 | 特別体制確保の医師又は看護師等の従事した時間は、週の合計ごとに端数を切り捨てているか。（※１時間未満は切り捨て） | □ |
| 3 | **記載している接種回数は、全て事実と相違ないか。**（事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |
| **４　振込先の口座情報が確認できる書類（通帳の表及び見開き部分の写し）**　　※金融機関、支店、口座番号、口座名義人（カナ含む）が確認できる部分 | □ |
| **５　集団及び職域接種報告書（個別接種関係）**※職域接種を実施した医療機関は職域接種報告書(個別接種関係)を提出してください。 | □ |

　※項目の3-2、5については、該当する場合のみチェックしてください。

**熊本県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業費補助金申請書類チェックシート**

第９～11期用（診療所）

　○申請書類を提出する際は、必ずこのチェックリストで提出書類を確認し、申請書と一緒に

　　提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | チェック |
| **１　交付申請書兼概算払請求書（様式１）** |  |
| チェック項目 | １ | 申請日は提出期限内となっているか。 | □ |
| ２ | 申請者の住所、法人名、医療機関等名等を記載しているか。※個人事業の場合は、住所、法人名は医療機関となっているか。 | □ |
| ３ | 申請額の総額は、各事業内訳の合計となっているか。 | □ |
| ４ | 担当者、書類発行責任者の氏名、連絡先を記載しているか。 | □ |
| **２　事業計画書（様式２）** |  |
| 項目 | １ | 事業計画の対象期間と申請時期は一致しているか。 | □ |
| ２ | ①個別接種事業、②個別接種体制確保事業の算出内訳は、「様式2-1個別接種計画書」で算出した接種回数等と一致しているか | □ |
| ３ | 各事業の基準額は、算出内訳（接種回数等）に補助単価を乗じた額になっているか。 | □ |
| ４ | 補助金交付申請総額は、「様式１交付申請書兼概算払請求書」の申請額と一致しているか。 | □ |
| ５ | 収支予算は、補助金交付申請総額（基準額の合計）と一致しているか。 | □ |
| ６ | 振込先口座情報は記載しているか。 | □ |
| **３　個別接種計画書（様式2-1）** |  |
| 項目 | １ | 接種回数に予診のみ、集団接種会場での接種を含めていないか。 | □ |
| ２ | **時間外、夜間、休日にかかる接種体制を用意した日は、該当する全ての日に〇を記載しているか。**（本補助金では、土曜日も休日扱いとなります） | □ |
| ３ | 接種回数100回以上と150回以上を算定する際に該当する週が重複していないか。（※同一の週で算定していないか） | □ |
| ４ | １日50回以上での申請は、接種回数100回以上又は150回以上に該当する週以外の週となっているか。 | □ |
| 5 | **記載している接種回数、時間外等の要件は、全て事実と相違ないか。**（事実と異なる内容の申請及び実績報告をした場合は、補助金を返還していただくことになります。根拠資料の提出は求めませんが、国または県において検査が実施される可能性がありますので、きちんと根拠資料の整理をしておいてください。） | □ |
| **４　振込先の口座情報が確認できる書類（通帳の表及び見開き部分の写し）**　　※金融機関、支店、口座番号、口座名義人（カナ含む）が確認できる部分 | □ |
| **５　集団及び職域接種報告書（個別接種関係）**※職域接種を実施した医療機関は職域接種報告書(個別接種関係)を提出してください。 | □ |

　※項目の3-3、3-4、5については、該当する場合のみチェックしてください。