

## みなかみ町新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業協力金支給要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルスワクチン接種を効果的かつ効率的に進めるためみなかみ町が実施する新型コロナウイルスワクチンの個別接種に協力する医療機関に対し、予算の範囲内においてみなかみ町新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業協力金（以下「協力金」という。）を支給するものとし、協力金の支給に関しては、令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）実施要綱（令和5年4月5日付け医政発0405第3号・健発0405第1号・薬生発0405第1号厚生労働省医政局長・厚生労働省健康局長・厚生労働省医薬・生活衛生局長通知。以下「国の実施要綱」という。）及び令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）交付要綱（令和5年4月5日付け厚生労働省発医政0405第2号・厚生労働省発健0405第1号・厚生労働省発薬生0405第56号厚生労働事務次官通知）並びにみなかみ町補助金等に関する規則（平成17年みなかみ町規則第28号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (給付対象者)

第2条 協力金の支給の対象となる医療機関（以下「給付対象者」という。）は、国の実施要綱3（21）に基づき、町が実施する新型コロナウイルスワクチンの個別接種に協力する医療機関とし、当該医療機関の役員等が次の各号のいずれにも該当しないものとする。

- (1) 暴力団（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）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- (2) 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- (3) 暴力団員によりその事業活動を実質的に支配されている者
- (4) 暴力団員によりその事業活動に実質的に関与を受けている者
- (5) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図り、又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
- (6) 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与している者
- (7) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを不当に利用している者
- (8) 暴力団員と密接な交友関係を有する者

### (協力金の支給額等)

第3条 協力金の支給額は、別表のとおりとする。

### (協力金の申請等)

第4条 協力金の支給を受けようとする給付対象者は、町長が別に定める期日までに新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（様式第1号）及びみなかみ町新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業協力金請求書（様式第2号）を町長に提出するものとする。

### (支給の決定)

第5条 町長は、給付対象者から前条の規定に基づく申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに協力金の支給を決定するものとし、その決定の内容について、申請をした給付対象者に通知するとともに、協力金を支給する。

(協力金の支給等に関する周知等)

第6条 町長は、協力金の支給事業の実施に当たり、給付対象者の要件、申請方法、申請受付期間等の事業の概要について医療機関への周知を行う。

(申請が行われなかった場合等の取扱い)

第7条 町長が第5条の規定による周知を行ったにもかかわらず、医療機関から申請受付期間内に第4条の規定による申請が行われなかった場合は、給付対象者が協力金の支給を受けることを辞退したものとみなす。

2 町長が第5条の規定による支給の決定を行った後、申請書の不備による振込不能等があり、町が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われず、給付対象者の責に帰すべき事由により支給ができなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなす。

(不当利得の返還)

第8条 町長は、協力金の支給を受けた後に支給要件に該当しないことが明らかとなった者又は偽りその他不正の手段により協力金の支給を受けた者に対して、支給を行った協力金の返還を命ずる。この場合において、返還を命じられた者は、当該返還を町長の定める期間内に行わなければならない。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第9条 協力金の支給を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和5年6月23日から施行し、令和5年5月1日から適用する。

別表 (第3条関係)

協力金の支給額	備考
週100回以上の接種を令和5年5月から6月まで又は7月から8月までのそれぞれの期間中に4週間以上行った場合、週100回以上の接種をした週における接種回数に対し、1回の接種当たり2,000円とする。	令和5年5月以降に協力金の支給を受ける医療機関は、週100回以上の接種を行ったそれぞれの週のうち少なくとも1日は、時間外(当該医療機関の標榜する診療時間以外の時間をいう。以下同じ。)、夜間(当該医療機関の診療時間にかかわらず18時以降をいう。以下同じ。)又は休日(当該医療機関の診療日にかかわらず日曜日、国民の祝日に関する法律(昭和28年法律第178号)第3条に規定する休日及び土曜日をいう。以下同じ。)に係る接種体制を用意していること。

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

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」とは、時間外、夜間及び休日をいう。

								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
								( )	( )	( )	( )
								/	/	/	/
時間外等の接種体制の有無（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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（あれば○）											
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										

接種回数計（予診のみを含めない）	回
------------------	---

(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及び市町村特設会場の実績は含まれていないか。

問2 職域接種を実施していないか。 → はい

(「はい」の場合、問3以降に回答する必要はありません。)

↓ いいえ

問3 職域接種の実績は、本報告書の「接種回数(予診のみを含めない)」に全く含まれていないか。 → はい

(「はい」の場合、問4以降に回答する必要はありません。)

↓ いいえ

問4 本報告書の「接種回数(予診のみを含めない)」に含まれるのは次の①及び②の要件を満たす職域接種の実績のみか。 → はい

(条件を満たしていない職域接種は「接種回数(予診のみを含めない)」に計上することは出来ません。条件を満たさない職域接種の実績を除いた上で、問4で「はい」を選択ください。)

①中小企業の社員や学生等が出向いきて医療機関内で接種を行った。

(企業又は大学などが指定した外部の接種会場に、医療機関が出張して接種した回数は含まれていない。)

②「中小企業(中小企業基本法(昭和38年法律第154号)第2条第1項に規定する中小企業をいう。)が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等の複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施した職域接種」又は「文部科学省が別に定める地域貢献の基準を満たす大学、短期大学、高等専門学校及び専門学校の職域接種で所属の学生も対象に実施した職域接種」である。

○職域接種を依頼した事務局等の名称(職域接種を申請した主体名)を以下に記載願います。

名称

○職域接種を依頼した大学等の名称(職域接種を申請した主体名)を以下に記載願います。

名称

上記が事実と相違ないことを証明する。

印

年 月 日

みなかみ町長 様

医療機関コード（10桁）  
 医療機関等名称 印  
 開設者氏名  
 電話番号  
 担当者名  
 ※押印必須（医療法人の代表者印、個人医院の代表者認印）

**みなかみ町新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業協力金請求書**

年 月 日から 月 日までの期間において、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、以下のとおり請求する。

請求金額 \_\_\_\_\_

内訳

年 月 日から 月 日の間で、  
 100回以上接種した取扱いとする週<sup>※</sup> \_\_\_\_\_ 週（4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算）  
 ※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間又は休日における接種体制を要する。

	接種回数 (予診のみを含めない)	週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回
月 日の週	回	円
合計	回	円

( 回)

標榜する診療時間

月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	
備考	

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			