

静岡県新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金交付要綱

第1 趣旨

知事は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「ワクチン」という。）の障害者等入所施設及び在宅療養者等に対する接種の促進を図るため、ワクチンの巡回接種に協力した医療機関に対し、予算の範囲内において、支援金を交付するものとし、その交付に関しては、この要綱の定めるところによる。

第2 定義

この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- （1）医療機関 ワクチンの接種に関して集合契約方式による県内市町との委託契約を締結している病院又は診療所
- （2）障害者等入所施設 別表1に掲げる施設（静岡県内に所在するものに限る。）
- （3）在宅療養者等 要介護4又は5の者、重症心身障害者（児）、難病患者で外出が困難な者その他知事が認める者であつて、静岡県内に居住するもの（障害者等入所施設の入所者を除く。）
- （4）巡回接種 接種会場への移動が困難な者に対し、医療機関の医師等が障害者等入所施設又は在宅療養者等を訪問し、ワクチンの接種を行うことをいう。

第3 交付の対象及び額

別表2のとおり。

第4 支援金の請求

- （1）支援金の交付を受けようとする医療機関の開設者は、令和3年10月29日までに、次に掲げる書類各1部を知事に提出するものとする。

ア 申請書兼請求書（様式第1号）

イ 巡回接種証明書兼同意書（様式第2号）

ウ 口座振替通知登録（債権者登録）申出書（様式第3号）

エ 本人確認書類（運転免許証の写し、個人番号カードの写し、パスポートの写し等をいう。以下同じ。）（請求者が個人の場合に限る。）

オ 「法人の印鑑証明書の原本（請求日から3か月以内に取得したもの）」又は「法人の登記事項証明書の原本（請求日から3か月以内に取得したもの）及び代表者の本人確認書類」（請求者が法人の場合に限る。）

カ 口座情報が確認できる書類（通帳の写し等）

- （2）提出先

〒420-8601 静岡県静岡市葵区追手町9番6号

静岡県健康福祉部感染症対策局新型コロナウイルス対策課

新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金担当

第5 交付の決定

知事は、第4の請求があったときは、その内容を審査して交付の決定又は不交付の決定を行い、請求を行った医療機関の開設者（以下「請求者」という。）に文書により通知するものとする。

第6 交付の決定をしないことができる場合

請求者が次の（1）から（4）までのいずれかに該当する場合は、支援金の交付の決定をしないことができる。

- （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「暴力団対策法」という。）第2条第2号に規定する暴力団
- （2）暴力団員等（暴力団員（暴力団対策法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）又は暴力団員でなくなつた日から5年を経過しない者をいう。以下同じ。）
- （3）暴力団員等と密接な関係を有する者
- （4）暴力団員等又は暴力団員等と密接な関係を有する者がその事業活動を支配するもの

第7 請求者の遵守事項

- （1）ワクチン接種記録システム（VRS）の入力等により接種実績の報告を市町村（特別区を含む。）に適切に行うこと
- （2）ワクチンの接種回数を客観的に証明するため、接種を受けた者の予診票の写し又は控えを支援金の交付を受けた年度終了後5年間保管すること
- （3）知事が支援金の交付の請求に係る事項について必要な調査を行う場合には、当該調査に協力すること

第8 交付の取消し

知事は、請求者について次の各号のいずれかの事実が判明したときは、支援金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- （1）偽りその他不正の手段により支援金の交付を受けたこと
- （2）第6の（1）から（4）までのいずれかに該当すること
- （3）第7の遵守事項に違反したこと

第9 支援金の返還

請求者は、第8の規定に基づき支援金の交付の全部又は一部が取り消された場合において、当該取消しに係る部分に関し、すでに支援金の交付を受けているときは、知事からの返還の請求に基づき、納期限までに納付しなければならない。

第10 加算金及び延滞金

- （1）第9の規定により支援金の返還の請求を受けた者は、その請求に係る支援金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、支援金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）100円につき1日3銭の割合で計算した加算金を県に納付しなければならない。
- （2）支援金の返還の請求を受け、これを納期日までに納付しなかった者は、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額100円につき1日3銭の割合で計算した延滞金を県に納付しなければならない。

(3)(1)の規定により加算金を納付しなければならない場合において、納付した金額が返還の請求を受けた支援金の額に達するまでは、その納付金額はまず当該返還の請求を受けた支援金の額に充てられたものとする。

(4)(2)の規定により延滞金を納付しなければならない場合において、返還の請求を受けた支援金の未納付額の一部が納付されたときは、当該納付の日の翌日以後の期間にかかる延滞金の計算の基礎となるべき未納付額は、その納付金額を控除した額によるものとする。

第11 補則

この要綱に定めるもののほか、支援金の交付に関し必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年8月17日から施行し、令和3年8月1日以降に実施された巡回接種について適用する。

別表 1

対象施設
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に規定する障害者支援施設
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に規定する共同生活援助を提供する施設
児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に規定する障害児入所施設
生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）に規定する救護施設
老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム
介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に規定する認知症対応型共同生活介護を提供する施設
高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）に規定するサービス付き高齢者向け住宅

別表 2

対 象		交付額
1	障害者等入所施設の入所者及び従事者に対する巡回接種（1 回目の接種時期が 8 月中の場合に限る。以下同じ。）	接種 1 回当たり 1,000 円 (巡回接種を実施した医師が当該障害者等入所施設の <u>嘱託医</u> であるとき)
2		接種 1 回当たり 3,000 円 (巡回接種を実施した医師が当該障害者等入所施設の <u>嘱託医</u> でないとき)
3	在宅療養者等に対する巡回接種	接種 1 回当たり 10,000 円

静岡県知事 様

申請書兼請求書

静岡県新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金の交付を受けたいので、同支援金交付要綱第4の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、交付要綱の規定を遵守することを誓約します。

記

1 申請者情報

医療機関名称											所在地	〒										
保険医療機関コード																						
医療機関の開設者	名称											代表者										
申請責任者	職名											氏名										
申請担当者	職名											氏名										
担当者連絡先	電話番号											Eメール										

2 支援金振込先口座

金融機関コード・名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合										支店コード・名称	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所									
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座										口座番号										
口座名義											フリガナ										

3 巡回接種に係る接種回数及び申請（請求）する金額

入所施設（嘱託医）	(a)	回	×	1,000 円	申請（請求）金額	(d)	円
入所施設（非嘱託医）	(b)	回	×	3,000 円	申請（請求）金額	(e)	円
在宅療養者等	(c)	回	×	10,000 円	申請（請求）金額	(f)	円
※4の①②欄の合計を(a)欄に、③④欄の合計を(b)欄に、⑤⑥欄の合計を(c)欄に記入してください。						合計金額	(d+e+f) 円

4 接種回数の内訳

(1) 入所施設（嘱託医）

巡回接種証明書兼同意書枚数				
巡回接種回数	1 回目接種	回 (①)	2 回目接種	回 (②)

(2) 入所施設（非嘱託医）

巡回接種証明書兼同意書枚数				
巡回接種回数	1 回目接種	回 (③)	2 回目接種	回 (④)

(3) 在宅療養者等

巡回接種証明書兼同意書枚数				
巡回接種回数	1 回目接種	回 (⑤)	2 回目接種	回 (⑥)

巡回接種証明書兼同意書

<巡回接種証明書>

____年 ____月 ____日に、(医療機関名) _____に巡回接種を受けたことを証明します。

施設 で の 巡 回 接 種 を 受 け た 場 合	____回目の接種 ____人接種 (入所者____人、従事者____人)
	※2回目の接種の場合：1回目の接種日は____年____月____日・____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅

在宅 で の 巡 回 接 種 を 受 け た 場 合	____回目の接種 ____人接種
	※2回目の接種の場合：1回目の接種日は____年____月____日・____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 要介護4又は5 <input type="checkbox"/> 重症心身障害(児)者 <input type="checkbox"/> 難病患者(名称：____) <input type="checkbox"/> その他外出が困難で在宅での接種を要する者 (巡回接種が必要な理由：____)

同意書

- ☐ 上記の巡回接種証明書について、静岡県新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。

施設 で の 巡 回 接 種 を 受 け た 場 合	施設名 _____
	所在地 _____
	施設の代表者 (署名) _____

在宅 で の 巡 回 接 種 を 受 け た 場 合	氏 名 (署名) _____ (代筆可)
	住 所 静岡県 _____ 市・町 _____ (市町まで)
	※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者1人の署名とする。