

明石市高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン接種報告チェック及びデータ作成業務委託仕様書

1. 業務名

明石市高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン接種報告チェック及びデータ作成業務（以下「本業務」という。）

2. 実施期間

契約締結日の翌日から令和7年3月31日まで

3. 実施場所

受託者事務所等の作業場所を確保すること。

被接種者の個人情報が記載された高齢者インフルエンザ予防接種の予診票（以下、「インフル予診票」という。）・高齢者新型コロナワクチン接種の予診票（以下「コロナ予診票」という。）を取り扱うため、個人情報が流出することがないように「7(2)受託者の責務」に従い、個人情報保護に努めること。

4. 業務内容

各業務における予定数量については、過去の実績を基に想定している予定であり、この数量を超える又は下回るいずれの場合においても、単価を変更することなく契約単価にて支払を行うものとする。

【区分】

区分		業務4(1)①②	業務4(2)
①	明石市医師会・個別医療機関実施分	○	○
②	加古川市医師会医療機関実施分	○	○
③	神戸市医師会医療機関実施分	不要	○

(1) 予診票のチェック業務【区分①・②のみ】

① 記載漏れ確認（予定数量：50,000件（インフル予診票）／30,000件（コロナ予診票））

インフル予診票・コロナ予診票において、「使用ワクチン（ロット番号）」・「実施場所」・「医師名」の各欄に記載漏れがないか確認すること（別紙①チェック業務（記載漏れ確認）参照）。

➔ 記載漏れがあった場合は、予診票に付箋（75×25mm・黄色）を貼付すること。

② 無料証明書確認（予定数量：6,500件（コロナ予診票））

コロナ予診票において、以下①～③のいずれかの無料証明書が添付している場合は、添付書類が適当であるか確認すること（別紙②チェック業務（無料証明書確認）参照）。なお、④が添付している場合は、適当と見なして良い。

- ① 令和6年度 明石市介護保険料決定通知書
- ② 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書
- ③ 生活保護受給証明書
- ④ R6課税状況確認済（新型コロナ無料対象者）

- ➔ 無料証明書が適当の場合は、コロナ予診票の費用区分欄において、該当の区分（数字）（①・②・④の場合は「1」、③の場合は「2」）に○がついているか確認し、○がついていない場合は○をつけ、修正が必要な場合は二重線で修正のうえ、該当の数字に○をつけること（黒鉛筆を使用）。
- ➔ 無料証明書が不適當の場合は、予診票に付箋（75×25mm・青色）を貼付すること。

(2) パンチデータ作成業務（予定数量：52,000件（インフル予診票）／32,000件（コロナ予診票））【区分A～C共通】

インフル予診票・コロナ予診票及び高齢者インフルエンザ予防接種・高齢者新型コロナワクチン接種の実施報告書を基にデータ化を行うこと。

なお、データ化にあたっては、ベリファイ入力を行うこと。

（別紙③「データ化項目」、別紙④「ファイル／レコード仕様書」参照）

- ➔ 読み取り（判断）不能な記載のためblankでパンチした場合は、予診票に付箋（75×25mm・赤色）を貼付すること（最初からblank指定しているものは付箋不要）。加えて、当該付箋に、blankパンチした箇所（（例）フリガナ）を記入すること。

5. 納品方法

委託者が指定する場所・日時に受託者が取りに来るまたは渡しに来ること（別紙⑤「送付スケジュール」参照／協議のうえスケジュールを変更する場合あり）。

納品はCD-Rなどの光ディスクにて行い、データには任意のパスワードをかけること。

6. 業務に必要な消耗品・機器

本業務を実施するために必要な物品等は、必要な数量を受託者が準備すること。

7. 委託業務に求める要件

(1) 運用要件

- ① 本業務の責任者として、受託業務及び関連法令の趣旨を理解し法令を遵守するとともに業務従事者に対する適切な指導監督を行い、受託業務全体を管理できる能力を有する者を配置させること。
- ② 本業務を確実に履行させることが可能な能力を有する委託業務従事者を配置するとともに、繁忙に対応した必要な人員体制を確保すること。

(2) 受託者の責務

- ① 守秘義務及び個人情報の取扱い

- (ア) 受託者は、本業務の実施に当たり、「個人情報保護に関する法律」（平成15年5月30日法律第57号）及びその関連法令を遵守すること。
- (イ) 受託者は、法令で定められた場合を除き、本業務で取り扱う個人情報及び機密情報（以下、「個人情報等」という。）について、第三者に漏えい、開示及び目的外利用（以下、「漏えい等」という。）を行ってはならない。また、本委託業務の実施に必要な場合を除き、指定された場所以外に持ち出してはならない。なお、上記の取扱いは本契約が終了（解除の場合を含む。）した後においても同様とする。
- (ウ) 受託者は、業務責任者及び業務従事者と、契約終了後及び退職後においても有効な、個人情報等の漏えい等を禁じた契約を締結すること。

② 個人情報を記録した文書等の取扱い

- (ア) 受託者は、本業務で取扱う個人情報等を記録した予診票等について、漏えい等、紛失、毀損等が発生しないよう必要な措置を講じること。
- (イ) 受託者は、業務仕様書等に定める場合を除き、予診票等の全部又は一部の複写複製等を行ってはならない。また、複写複製等を防止するため必要な措置を講じること。

8. 緊急時の対応

- (1) 業務責任者は、緊急時の連絡体制、対応方法について定め、委託者と協議の上、業務開始前に内容についての承諾を受けること。
- (2) 緊急を要する場合は、受託者は必要な措置を直ちに講じること。

9. 再委託の禁止

受託者は、業務の全部を一括して第三者に委任し、又は請け負わせてはならない。

なお、受託者は、業務の一部を第三者に委任し、又は請け負わせようとするときは、次に掲げる全ての要件を満たすことを条件とし、あらかじめ委託者の承諾を得なければならない。

- (1) 受託者は委託者に対し、再委託先事業者に委託する業務の範囲、再委託を行うことの合理性及び必要性、再委託先事業者の履行能力並びに報告徴収、個人情報の管理その他運営管理の方法について、事前に報告すること。
- (2) 再委託先事業者は、本業務の実施に当たり、「8(2)受託者の責務」に規定する事項その他の事項について受託者が負うべき責務と同様の責務を負うこと。
- (3) 受託者は、再委託先事業者に対し、上記(2)について必要な措置を講じさせるとともに、再委託先事業者から必要な報告を徴収すること。
- (4) 再委託先事業者が実施する業務は、全て受託者の責任において実施することとし、再委託先事業者の責めに帰すべき事由については、受託者の責めに帰すべき事由とみなして、受託者が責任を負うこと。

10. 賠償責任

受託者は、本業務の実施に当たり、受託者の責めに帰すべき事由により委託者又は第三者に損害を与えたときは、受託者の責任において、その損害を賠償することとする。

11. その他

- (1) 本業務にかかる委託料について、受託者は、委託者への業務終了報告後、当該費用を委託者に請求するものとする。なお、委託者は、受託者からの委託料の請求を適正と認めた場合は、原則請求のあった日から30日以内にこれを支払うものとする。
- (2) 委託料は、契約単価（税抜）に数量を乗じ、これにより得た額に消費税及び地方消費税相当額を加算して算出するものとする。なお、1円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てるものとする。
- (3) 上記に記載のない事項については委託者と受託者で協議して決定する。

別紙① チェック業務(記載漏れ確認)

・明石市様式【区分A】

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)		診察前の氏名	電話番号	性別	年齢	性別	年齢
カナ氏名 ※左詰め記入		氏名	性	別	誕生日	1.男	2.女
住所		生年月日	2.大正	3.昭和	年	月	日
費用区分 ※いすれかに○ 明石市が予防接種費用の 無料化を行った年度に限り 記入必要です。 【予防接種費用無料措置にかける書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみ記入ください。 明石市長様 いすれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかける免除決定通知書 () 介護保険料決定通知書 () 生活保護受給証明書 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限り、 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を添付することにより同意します。		0.自己負担有	1.自己負担無(市民税非課税世帯)	2.自己負担無(生活保護世帯)			
使用ワクチン Lot NO. 接種量 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日	医師記入欄 医師の氏名または施設等の名称 接連医師名(サイン可)					
質問事項		回答欄					
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。		はい					
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。		はい					
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。		はい					
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副作用について理解しましたか。		はい					
現在、何か病気がかかっていますか、病名()		はい					
治療(投薬など)を受けていますか。		はい					
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。		はい					
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい					
今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい					
具合の悪い症状を書いてください。()		はい					
薬や食品で免疫に悪影響やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい					
過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。		はい					
①その際に具合が悪くなったことがありますか。		はい					
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。		はい					
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい					
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()		はい					
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかっていますか。		はい					
病名()		はい					
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。		はい					
最近1か月以内に熱が出たり、発熱にかかたりましたか。		はい					
病名()		はい					
今日の予防接種について質問がありますか。		はい					
医師記入欄		医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。 本人に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。					
インフルエンザ予防接種希望書 医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副作用反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。 この予防接種は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。		医師の署名または記名押印					

・加古川市様式【区分B】

高年齢者インフルエンザ予防接種予診票・接種券		診察前の氏名	電話番号	性別	年齢	性別	年齢
加古川市 無料クーポン券貼付箇所		住所	氏名	性	別	誕生日	男・女
※シール以外の助成券・介護保険料決定通知書などの書類はクリップで止めてください		生年月日	明石	大正	昭和	年	月
質問事項		回答欄					
1. あなたは、満65歳以上ですか。		はい					
2. インフルエンザ予防接種の説明書を読みましたか。		はい					
3. 予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。		はい					
4. 現在、何か病気がかかっていますか、病名()		はい					
(1)治療(投薬など)を受けていますか。		はい					
(2)その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。		はい					
5. 免疫不全と診断されたことがありますか。		はい					
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい					
具合の悪い症状を書いてください。()		はい					
7. 薬や食品で免疫に悪影響やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい					
8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。		はい					
(1) その際に具合が悪くなったことがありますか。(2日以内の発熱、発疹等)		はい					
(2) インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。		はい					
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい					
10. 1か月以内に予防接種を受けましたか。種類()		はい					
11. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかっていますか。		はい					
病名()		はい					
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。		はい					
12. 最近1か月以内に熱が出たり、発熱にかかたりましたか。		はい					
病名()		はい					
13. 今日の予防接種について質問がありますか。		はい					
医師の記入欄		医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。また、本予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解しており、本予診票が市町村に提出されることに同意します。					
医師記入欄		医師の署名または記名押印					
インフルエンザ予防接種希望書 医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副作用反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。 この予防接種は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。		医師の署名または記名押印					

別紙③データ化項目

No	項目	桁数	備考
①	ワクチン 種類	8 桁	インフル予診票は「00000001」で固定 コロナ予診票は「90000000」で固定
②	カナ氏名	15 桁 (半角カナ)	氏名間に半角スペース
③	生年月日	7 桁 (半角数字)	大正「2」、昭和「3」で入力 (例: 昭和 20 年 1 月 1 日 = 「3200101」) 西暦で記載されている場合は和暦変換する
④	性別	1 桁 (半角数字)	男「1」・女「2」
⑤	接種年月日	7 桁 (半角数字)	令和「5」で入力 (例: 令和 5 年 10 月 10 日 = 「5051010」) 西暦で記載されている場合は和暦変換する
⑥	費用区分	1 桁 (半角数字)	(明石市様式)【区分㉠・区分㉡】 ◆ インフル予診票は「1」で固定入力 ◆ コロナ予診票は「1」または「2」に○がついて いる場合は該当の数字を入力し、それ以外(「0」 に○の有無に関わらない)は「0」で固定入力 (加古川市様式)【区分㉢】 ◆ インフル予診票は「1」で固定 ◆ コロナ予診票は 添付に無料証明書が「有」→「0」 添付に無料証明書が「無」→「1」
⑦	予防接種 医療機関コード	6 桁 (半角数字)	実施報告書(またはパンチ送付書)に記載のコード を各束で固定入力
⑧	通し番号	6 桁 (半角数字)	全予診票に通し番号を振り(印字)、当該番号を入力 インフル予診票は「000001」より開始 コロナ予診票は「900001」より開始
⑨	予備項目	205 桁 (半角カナ)	全てblankとする
※ ①～⑥、⑧は予診票より、⑦は実施報告書(またはパンチ送付書)より入力			

○ 納品時のファイルについて

- ・ 固定長 256桁のテキストファイルで作成すること。
 - ・ 文字コードは「Shift_JIS」で作成すること。
 - ・ ファイル名は「KINF_XXX.txt」とする。
- ※ 「XXX」は納品ファイル数に応じて「001」～「999」とする。
ファイル数が1件の場合は「001」とする。

【実施報告書】

▶明石市様式【区分①】

枚目(全 枚) ⑦【月報】インフルエンザ予防接種実施報告書 (市町誌)

明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町

年 月 日

予接種医療機関コード 医療機関名 電話

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数(①)	無料		合計(①+②+③)	予診のみ
		非課税(②)	生活保護(③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り「合計」と及び「予診のみ」欄のみ記入する

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月6日までに明石市医師会へ提出してください。

【区分①】 明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当する場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【明石市民の報告書提出に係るチェックリスト】 ※提出前にチェックを!

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 被接種者が満60～65歳未満の若くして厚生労働省が定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要

<自己負担免除者の証明書類>

- 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

▶加古川・神戸市様式【区分②・③】

パンチ送付書【区分②】

(加古川・高砂)

⑦

医療機関コード

【予診票】

▶明石市・神戸市様式【区分①・③】

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用) 診療前の体温 度 分

住所 ② 明石市 大久保町ゆりのき通1-4-7

フリガナ アカシ タロウ 電話番号 ④ - -

氏名 明石 太郎 性別 ① 男・② 女

生年月日 ③ 2大正・④昭和 25年 1月 1日生 (満 歳)

⑥ 0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯)

【予接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※自己負担無の方のみ記入ください。

費用区分 ※いづれかに○

明石市在住 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるための、下記の書類を提出します。

いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 料入通知書(介護保険料非課税証明書) ※接種日より同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明書 ※接種日より3か月以内に発行したものに限る。

なお、書類提出後、本人及び同一世帯に属する者の生活保護の適用状況及び料入状況を確認することになります。

年 月 日 (氏名)

使用ワクチン 実施場所 医師名

Lot No. 接種量 0.5ml 接種年月日 ⑤ 令和5年 10月 10日

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種当日、あなたは満65歳以上ですか。	はい いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種を受けるのは初めてですか。	はい いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について、説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副作用について理解しましたか。	はい いいえ	
薬名、荷が痛いかかっていますか。病名()	はい いいえ	
虫刺(蚊咬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。	はい いいえ	
具合悪い症状を書いてください。	はい いいえ	
具合が悪い状態で接種を受けることは、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。(2日以内の発熱、発疹等)	はい いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。種類()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかっていますか。病名()	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかたりしましたか。病名()	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。

本人に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

(医師の署名または記名押印)

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 (被接種者署名)

※年齢で異なる場合は、代表者が署名し、代表者氏名および接種場所を併記してください。

▶加古川市様式【区分②】

高齢者インフルエンザ予防接種予診票・接種券

診療前の体温 度 分

住所 加古川市・稲美町・播磨町・高砂市・明石市

大久保町ゆりのき通1-4-7

フリガナ アカシ タロウ 電話番号 ④ - -

氏名 明石 太郎 性別 ① 男・② 女

生年月日 ③ 2大正・④昭和 年 月 日生 (満 歳)

⑥ 0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯)

【予接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※自己負担無の方のみ記入ください。

費用区分 ※いづれかに○

明石市在住 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるための、下記の書類を提出します。

いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 料入通知書(介護保険料非課税証明書) ※接種日より同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明書 ※接種日より3か月以内に発行したものに限る。

なお、書類提出後、本人及び同一世帯に属する者の生活保護の適用状況及び料入状況を確認することになります。

年 月 日 (氏名)

使用ワクチン 実施場所 医師名

Lot No. 接種量 0.5ml 接種年月日 ⑤ 令和5年 10月 10日

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. あなたは、満65歳以上ですか。	はい いいえ	
2. インフルエンザ予防接種の説明書を読みましたか。	はい いいえ	
3. 予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。	はい いいえ	
4. 現在、何か病気がかかっていますか。病名()	はい いいえ	
(1) 治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
(2) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
5. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
6. 今日、体に具合が悪いところがありますか。	はい いいえ	
具合悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
7. 暑や寒気などで接種を受けることが、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
(1) その際に具合が悪くなったことがありますか。(2日以内の発熱、発疹等)	はい いいえ	
(2) インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
10. 1か月以内に予防接種を受けましたか。種類()	はい いいえ	
11. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかっていますか。病名()	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
12. 最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかたりしましたか。	はい いいえ	
病名()	はい いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。

本人に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 接種者白書 (代表者氏名) 職務

(※書写確認ができ、自署できない者は代表者が署名し、代表者氏名及び接種者ごとの病名を記載)

★医療機関記入欄

ワクチン名及びLot No.	実施場所	実施年月日
05歳	医師名	
	接種年月日	⑤ 令和5年 10月 10日

別紙⑤送付スケジュール

接種月	医療機関→医師会 接種済報告書提出日	医師会→市 接種済報告書提出日	市→委託業者 接種済報告書提出日	提出見込件数(件) ※流通状況等により変動可能性あり			委託業者→市 データ納品	【市内部処理】 保健予防課一会計室 提出期限	市→医師会 支払い (毎月25日)	医師会→医療機関 支払い (毎月末)
	区分	【11月・12月】 (5日～日まで毎平日10時に チェック完了分を随時市に提出(持参)) 【1月・2月】 (日10時に市に提出(持参))	委託業者が市まで 日13時に来所・受取 ※日までに市が提出準備が整えば 来所・受取日時を協議のうえ変更する	①	②	③	委託業者が市まで来所・納品 納品日が報告書の受取日でない場合は 書留など対面受け渡しによる郵送納品可			
10月	2024年11月5日(火)	2024年11月15日(金)	2024年11月11日(月)	21,500	-	-	2024年11月22日(金)	2024年12月13日(金)	2024年12月25日(水)	2024年12月27日(金)
			2024年11月22日(金)	17,000	1,200	-	2024年12月3日(火)			
11月	2024年12月5日(木)	2024年12月13日(金)	2024年12月10日(火)	20,800	-	-	2024年12月19日(木)	2025年1月15日(水)	2025年1月27日(月)	2025年1月31日(金)
			2024年12月19日(木)	12,200	700	2,000	2024年12月27日(金)			
12月	2025年1月6日(月)	2025年1月14日(火)	2025年1月20日(月)	6,000	100	1,900	2025年1月27日(月)	2025年2月13日(木)	2025年2月25日(火)	2025年2月28日(金)
		2025年1月20日(月)	2025年1月27日(月)				2025年2月4日(火)			
1月	2025年2月5日(水)	2025年2月17日(月)	2025年2月21日(金)	500	-	100	2025年3月4日(火)	2025年3月13日(木)	2025年3月25日(火)	2025年3月31日(月)
計				78,000	2,000	4,000				

【参考】

- 明石市医師会医療機関は接種月の翌月5日までに医療機関→医師会へ接種報告書を提出
- 明石市内個別契約医療機関(医師会非会員)・神戸市医師会医療機関は接種月の翌月5日までに各医療機関→市へ接種報告書を提出
- 加古川市医師会医療機関は接種月の翌月20日までに各医師会→市へ接種報告書を提出