

第 号  
年 月 日

大阪府知事 様

法人の所在地

法人名及び代表者名

印

TEL

大阪府老人福祉施設等インフルエンザ  
ワクチン接種普及事業補助金交付申請書

平成 年度において、大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業費補助金を次のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条第1項の規定により申請します。

1 申請額 金 円

2 事業所要額内訳書 (別紙1)

3 事業計画書 (別紙2)

4 添付書類

- (1) 歳入歳出予算見込書抄本
- (2) 事業経費の積算に係る証拠書類

施設コード	
-------	--

別 表

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業補助金交付基準表

1 基 準 額	2 対 象 経 費	3 補 助 率
<p>接種者1人（2回接種） につき</p> <p>4,000円</p> <p>ただし、接種回数が1回のみ の場合は、2,000円</p>	<p>インフルエンザワクチン接種の実施に必要な需用費（消耗需用費等）、委託料及び負担金とする。</p>	<p style="text-align: center;">1 —— 2</p>

## 大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業所要額内訳

施設名

## 1 所要額内訳

区分	事業費 (A)	基準額 (B)	府補助基本額 (A) 且 (B) のいずれか少ない額 (C)	府補助所要額 (C) × 1/2 (D)	交付決定額 (E)
インフルエンザワクチン接種普及事業	円	円	円	円	円

※ (D) の欄には 1,000円未満を処理した数字を記入すること。

## 2 大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業経費別内訳

区分	事業予定額 (1) の (A) 欄の内訳)			基準額 (1) の (B) 欄の内訳)	
	費目	金額	合計	単価 × 員数 = 金額	
インフルエンザワクチン接種普及事業		円	円	円	
				¥ 4,000 × 人 =	
				¥ 2,000 × 人 =	

※ 消費税を含む

別紙2

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業計画書

1. 事業の目的

施設入所者にワクチンの接種を行うことにより、インフルエンザの予防を行う。

2. 施設の概要

項 目	概 要
①施設名 ②所在地 ③施設の管理者名 ④入所者数 ⑤痴呆性高齢者数（内数）	

3. 実施予定者数

人

4. 実施方法

1回接種方式	実施予定日	平成	年	月	日
2回接種方式	実施予定日（1回目）	平成	年	月	日
	（2回目）	平成	年	月	日

5. 実施予定医療機関名

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業収支予算（見込書）抄本

1. 収入の部

区 分	予 定 額	積 算 内 訳
大阪府助成金	円	
施設負担金		
合 計		

2. 支出の部

区 分	予 定 額	積 算 内 訳
	円	
合 計		

平成 年 月 日

法人名  
代表者名

印

様式第2号

第 号  
年 月 日

大阪府知事 様

法人の所在地

法人名及び代表者名

印

TEL

## 大阪府老人福祉施設等インフルエンザ ワクチン接種普及事業補助金実績報告書

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり報告します。

- |   |          |       |   |
|---|----------|-------|---|
| 1 | 精 算 額    | 金     | 円 |
| 2 | 事業精算額内訳書 | (別紙3) |   |
| 3 | 事業実績報告書  | (別紙4) |   |
| 4 | 事業実施結果   | (別紙5) |   |
| 5 | 接種者一覧表   | (別紙6) |   |

添付書類

- (1) 歳入歳出決算書抄本
- (2) その他参考となる資料 (領収書等)

施設コード	
-------	--

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業精算額内訳書

施設名 \_\_\_\_\_

1 精算額内訳書

区分	補助申請事業費 (A)	交付決定額 (B)	実績額 (C)	基準額 (D)	選定額 (C) に対する 割合 (E)	補助金所要額 (E) × 1/2 (F)	交付確定額 (G)
インフルエンザワクチン接種 普及事業	円	円	円	円	円	円	円

※ (F) の欄には 1,000円未満を処理した数字を記入すること。

2 大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業経費別内訳

区分	経費支出済額 (1) の (C) 欄の内訳			基準額 (1) の (D) 欄の内訳	
	費目	金額	合計	単価 × 員数 = 金額	円
インフルエンザワクチン接種普及事業		円	円	(内訳) 04,000 × 人 = 02,000 × 人 =	円

※消費税を含む

別紙 4

大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業実績報告書

1. 事業の目的

施設入所者にワクチンの接種を行うことにより、インフルエンザの予防を行う。

2. 施設の概要

項 目	概 要
①施設名 ②所在地 ③施設の管理者名 ④入所者数 ⑤痴呆性高齢者数（内数）	

3. 実施者数

	接種実人数	人
{	内訳 2回接種実人数	人
	1回接種実人数	人

4. 実施方法

1回接種方式	実施日	平成	年	月	日
2回接種方式	実施日	平成	年	月	日（1回目）
		平成	年	月	日（2回目）

5. 実施医療機関名







大阪府老人福祉施設等インフルエンザワクチン接種普及事業収支決算（見込書）抄本

1. 収入の部

区 分	予 定 額	積 算 内 訳
大阪府助成金	円	
施設負担金		
合 計		

2. 支出の部

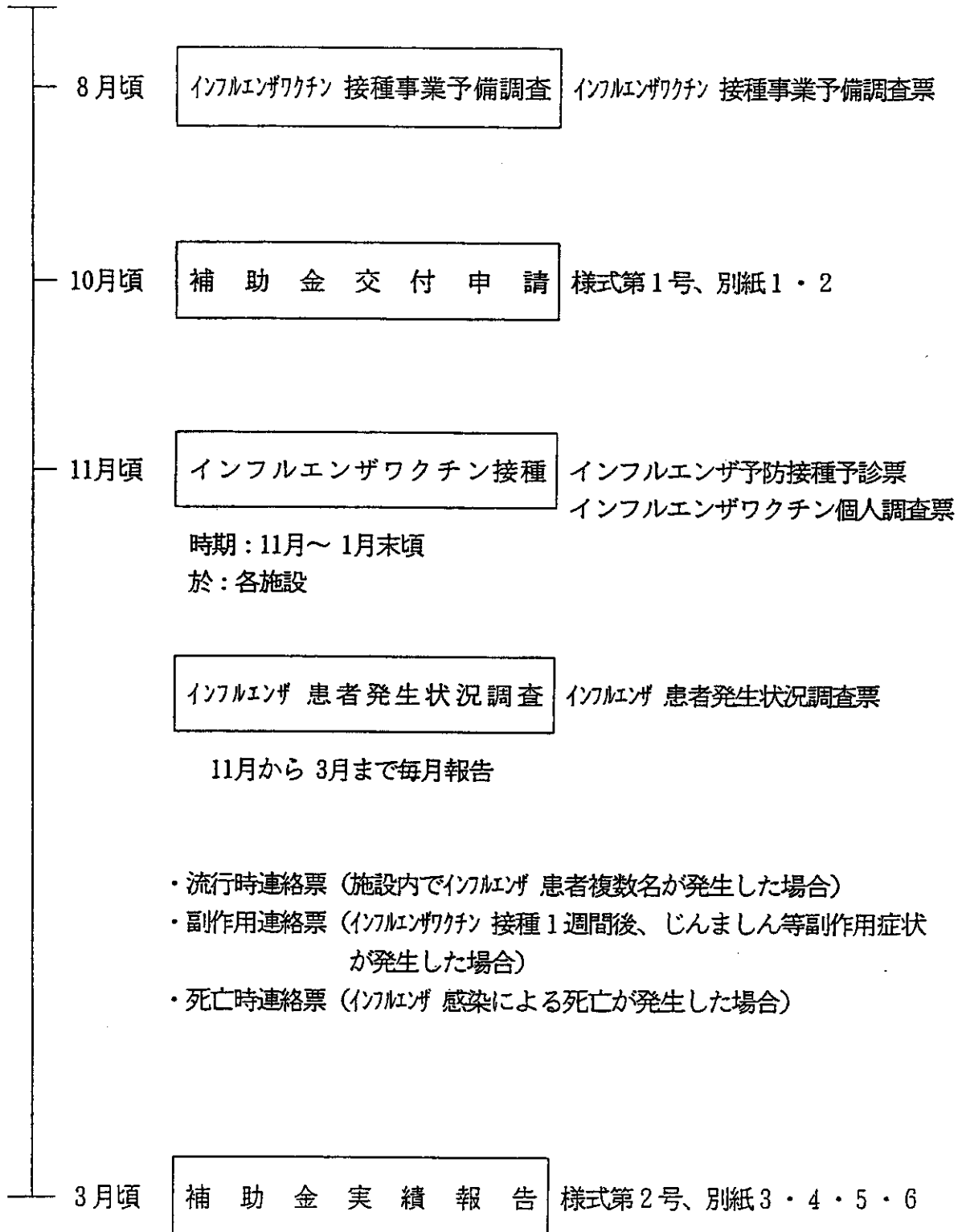
区 分	予 定 額	積 算 内 訳
	円	
合 計		

平成 年 月 日

法人名  
代表者名

印

インフルエンザワクチン接種普及事業事務フロー



## インフルエンザ予防接種予診票

氏名		接種日	年 月 日	診察前の体温	° C
----	--	-----	-------	--------	-----

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日、受ける予防接種について説明を受け、理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば具合の悪い症状を書いてください。 ( )	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ( )	はい いいえ	
心臓疾患、呼吸器疾患、糖尿病、高血圧、その他の疾患のある人は、その病気を診てもらっている医師に、今日予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
卵やカステラ、ゼラチン等を食べて皮膚にじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
これまでに、インフルエンザや他のワクチンによる予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	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	
本人の同意	サインまたは印	
家族の同意	サインまたは印	
<p>(医師の記入欄)</p> <p>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 )</p> <p style="text-align: center;">医師のサインまたは印</p>		
ワクチン：インフルエンザHAワクチン 製造会社名： Lot No.	接種量：0.5ml 接種部位：上腕 ( 右 ・ 左 ) 接種実施場所： 接種医師名：	

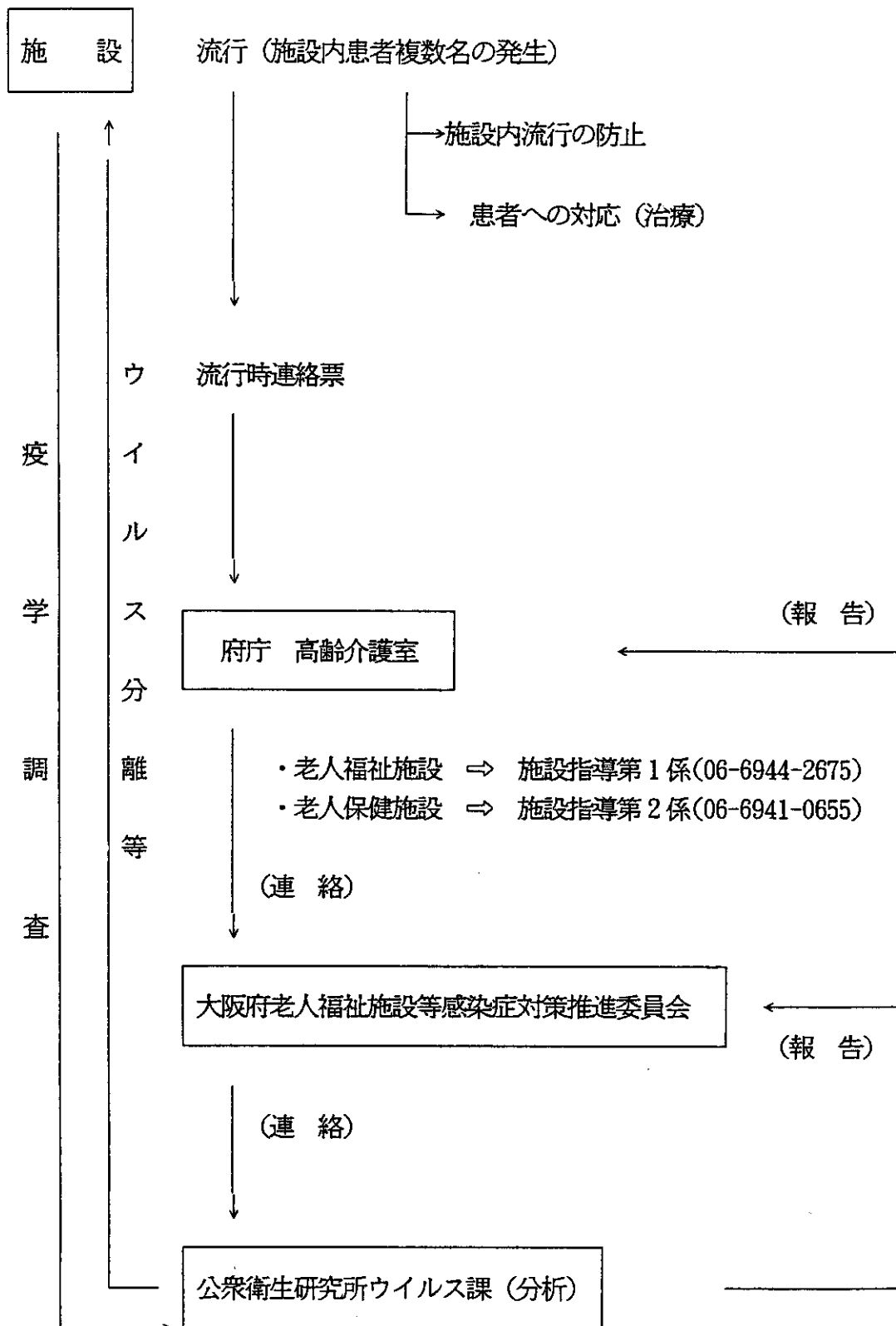


# インフルエンザワクチン個人調査票

当てはまるものを丸で囲んで下さい。

氏名		性	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
生活自立度	健康 J A B C				
基礎疾患	心疾患 呼吸器疾患 糖尿病 高血圧 脳血管疾患の後遺症 その他 ( )				
ワクチン	接種した 1回目 ( 月 日) 2回目 ( 月 日) 非接種				
接種後の副反応 (接種後3日間)	1回目接種後	37.5° C以上の発熱: なし あり (最高 日目 ° C) 発 疹 : なし あり 注射部位の強い発赤: なし あり 注射部位の強い腫れ: なし あり 注射部位の強い痛み: なし あり リンパ節の腫れ: なし あり その他の副反応 ( )			
	2回目接種後	37.5° C以上の発熱: なし あり (最高 日目 ° C) 発 疹 : なし あり 注射部位の強い発赤: なし あり 注射部位の強い腫れ: なし あり 注射部位の強い痛み: なし あり リンパ節の腫れ: なし あり その他の副反応 ( )			
非接種者の発熱	1回目と同時期	37.5° C以上の発熱: なし あり (最高 ° C)			
	2回目と同時期	37.5° C以上の発熱: なし あり (最高 ° C)			

高齢者施設におけるインフルエンザウイルス感染症流行時の対応

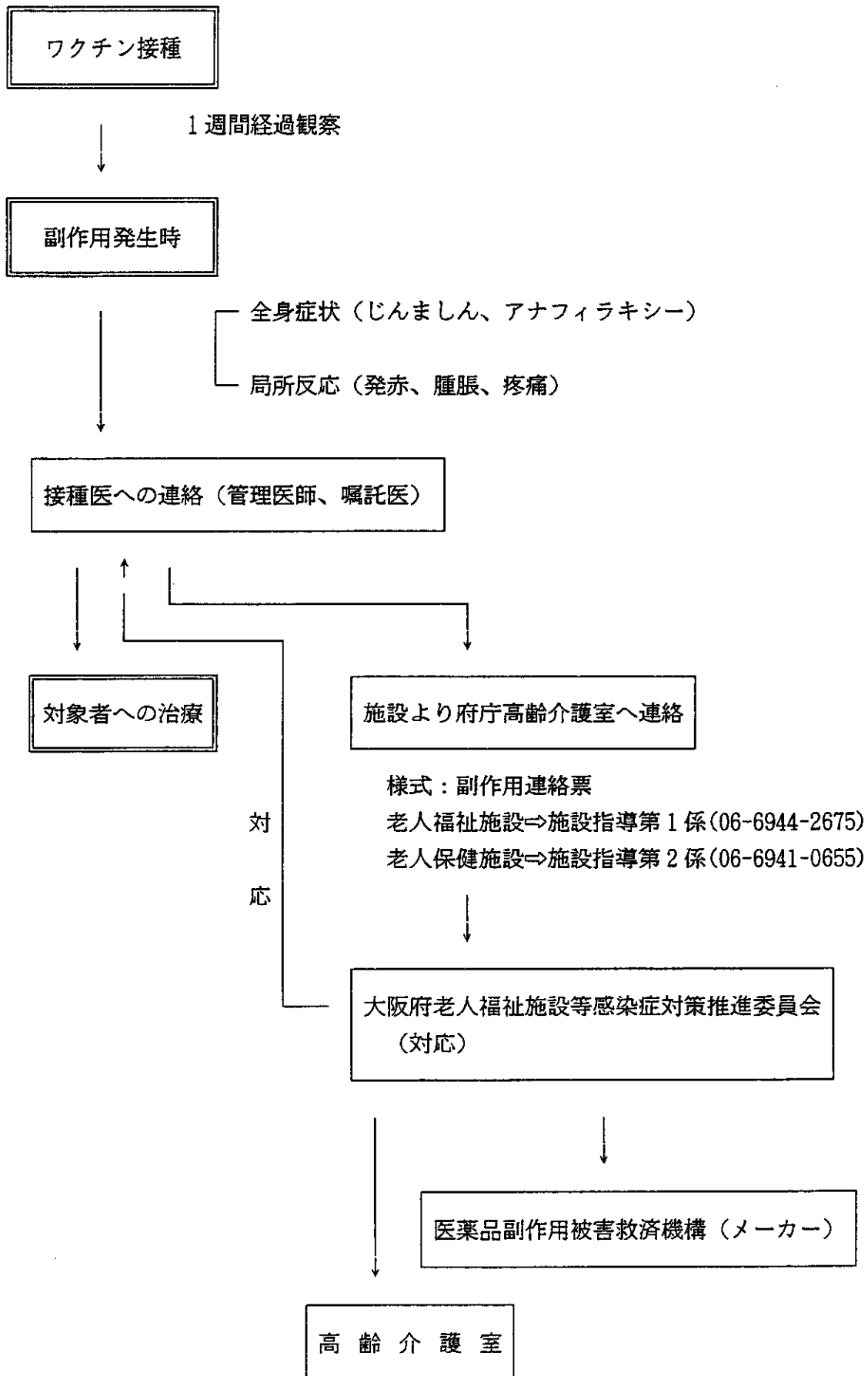




## 流行時連絡票

施設名	
報告者	
日時	
<b>【発生状況】</b>  患者性別・年齢・ワクチン接種の有無・症状・対応等	

# 副作用発生時の対応





# 高齢者施設におけるインフルエンザ死亡時の対応

