

【新型コロナワクチン接種巡回接種同意書兼申請書】

私は、下記のすべてに該当するため、新型コロナワクチン接種について町が指定する医師による巡回接種を希望します。

- 要介護度（要介護 3 以上）
- 施設入所はしていない
- 介助があっても外出できず、自宅で常に過ごしている
- 通院ができないため、定期的にかかりつけ医の往診を受けている
- かかりつけの往診医が新型コロナワクチン接種をしていない

◆申請者は、介護保険等の資格審査及び情報提供に同意の上、
太枠の中に必要事項をご記入ください。

申請者氏名： _____ 続柄（ ）

申請者住所： 接種対象者と同じ 接種対象者とは別の住所（下記）

_____ 県

申込日：令和 年 月 日

接 種 対象者	ふりがな										
	氏名										
	連絡先	自宅（対象者・申請者）：									
		申請者の携帯：									
接種券番号	10ケタの数字です										

かかりつけの往診医の記入欄 ※を入れてご署名ください。

- 上記の対象者について、通院ができず、定期的に往診を必要とします。
新型コロナワクチン接種は、巡回接種が必要ですが、当院では新型コロナワクチン接種に対応していないため、本人等の同意を得て、町指定の医師へ依頼します。

病院名 _____ 医師氏名（署名） _____

※ 町が依頼した医師が接種するため、接種対象者について、町及び接種医に情報提供していただきます。

注意事項：申請後、後日審査の上、対象外となった場合、申請者へご連絡します。