

新型コロナウイルスワクチン訪問接種利用申込書

令和 年 月 日

下記のとおりワクチン訪問接種を申込みます。

また、本申込みをもって接種に必要な情報を共有することについて同意します。

記

氏名	(フリガナ)	
住所	〒	
生年月日	・明治 ・大正 ・昭和 ・平成 年 月 日生	
接種券番号		
電話番号 (日中連絡のとれる番号)		
申込者氏名	(被接種者本人が申込みの場合は記載不要) / (被接種者との関係)	
利用要件 (該当するものに☑)	1	<input type="checkbox"/> 在宅療養中で常時寝たきり状態にあり、接種会場への移動が困難 <input type="checkbox"/> 上記と同等の状態にある <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (要介護4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している (種別: 身体1級 ・ 身体2級 ・ 精神1級 ・ 療育A) <input type="checkbox"/> その他 ()
	2	<input type="checkbox"/> 主治医から接種の許可を受けている
接種希望者	対象者を常時介護している家族等の同時接種を希望する場合は、 該当人数を記載のうえ、継紙にて、接種対象者情報を提出してください。 対象者本人のみ ・ 対象者本人 + () 名	
初回接種希望日 ※必ず第3希望まで記載してください。 ※申込日から3週間後以降の日付をご記入ください。	第1希望	月 日 () 曜日
	第2希望	月 日 () 曜日
	第3希望	月 日 () 曜日
	※可能な限り、親族やケアマネジャー等の同席ができる日を記載してください。	
その他確認事項 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 市の車が駐車できるスペースがある <input type="checkbox"/> 過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある <input type="checkbox"/> 過去に採血等で気分が悪くなる又は失神等を起こしたことがある	

同時接種希望者 1

氏 名	(フリガナ)
生年月日	・ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生
接種券番号	

同時接種希望者 2

氏 名	(フリガナ)
生年月日	・ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生
接種券番号	

同時接種希望者 3

氏 名	(フリガナ)
生年月日	・ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生
接種券番号	

同時接種希望者 4

氏 名	(フリガナ)
生年月日	・ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生
接種券番号	