

松戸市長

松戸市新型コロナウイルスワクチン訪問接種申請書兼同意書

下記の理由により、訪問での新型コロナウイルスワクチン接種を申請します。

申請者	事業所種類			訪問接種実施が可能と思われる曜日
	事業所名			※ご指定の曜日以外でご調整いただく場合がございます。
	担当者名			
	電話番号			対象となる接種回数
	メールアドレス			() 回目
被接種者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			大正 昭和 年 月 日 (歳) 平成
	住民票に記載されている住所	〒 -		
	接種希望住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ	市内 別住所	〒 - 松戸市
	電話番号			※被接種者以外の場合 氏名() 続柄()
	接種券番号			
接種履歴	前回の接種回数 () 回		前回の接種日 (年 月 日)	
ワクチン接種に関して かかりつけ医の許可を得ている (該当する方を○で囲んでください)	は い ・ いいえ			
主治医名等	医師氏名			
	医療機関名			
申請要件の確認 (項目のチェックボックス両方に該当する方が対象。該当項目に☑)	<接種困難な状況について> <input type="checkbox"/> 寝たきり状態等で自宅療養しており、介助を受けても接種会場への移動が困難である方 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の訪問による接種を受けることができない方で、かかりつけ医から接種の許可を受けている方 <ワクチン接種にあたり、特に配慮を必要とする事項等> ()			

(被接種者記入欄)

下記申請内容に同意します。また、申請内容の確認及び新型コロナウイルスワクチン訪問接種実施のため、以下のことにも同意します。

- ・松戸市が保有する被接種者の住所等の個人情報を閲覧すること
- ・必要に応じて疾患内容を医療機関等に問い合わせること
- ・その他新型コロナウイルスワクチン訪問接種実施に必要な被接種者の情報を申請者から松戸市及び接種医療機関等に提供すること

被接種者管理番号 ※市役所記入欄

署名 _____

代筆者氏名・続柄 _____

連絡先 (上記の連絡先と異なる場合) _____

- ※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。
- ※事業所が代筆する場合は、事業所名と担当者名を記載する。
- ※被接種者が16歳未満の場合は保護者が自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人が自署する。

松戸市長

松戸市新型コロナウイルスワクチン訪問接種申請書兼同意書

下記の理由により、訪問での新型コロナウイルスワクチン接種を申請します。

申請者	事業所種類	居宅介護支援事業所		訪問接種実施が可能と思われる曜日						
	事業所名	ケアプランセンター〇〇		月～水、金						
	担当者名	松戸 太郎		※ご指定の曜日以外でご調整いただく場合がございます。						
	電話番号	047-000-0000		対象となる接種回数						
	メールアドレス	〇〇〇-〇@〇〇〇.ne.jp		(6) 回目						
被接種者	ふりがな	まつど いちろう		生 年 月 日						
	氏 名	松戸 一郎		大正 昭和 平成 16年 4月 1日 (82歳)						
	住民票に記載されている住所	〒271-8588 松戸市根本 387-5								
	接種希望住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票と同じ	市内 別住所	〒 松戸市						
	電話番号	047-000-0000								
	接種券番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	接種履歴	前回の接種回数 (5) 回			前回の接種日 (令和 5年 1月 15日)					
ワクチン接種に関してかかりつけ医の許可を得ている (該当する方を〇で囲んでください)	はい . いいえ									
主治医名等	医師氏名	東葛 太郎								
	医療機関名	〇〇〇病院								
申請要件の確認 (項目のチェックボックス両方に該当する方が対象。該当項目に☑)	<接種困難な状況について> <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり状態等で自宅療養しており、介助を受けても接種会場への移動が困難である方 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の訪問による接種を受けることができない方で、かかりつけ医から接種の許可を受けている方 <ワクチン接種にあたり、特に配慮を必要とする事項等> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; background-color: yellow;"> 当日、接種をスムーズに実施するため事前に医師に伝えておくべきこと、生活環境、要介護度、既往歴等を記載。 </div>									

(被接種者記入欄)

上記申請内容に同意します。また、申請内容の確認及び新型コロナウイルスワクチン訪問接種実施のため、以下のことにも同意します。

- ・松戸市が保有する被接種者の住所等の個人情報を見ることが
- ・必要に応じて疾患内容を医療機関等に問い合わせることが
- ・その他新型コロナウイルスワクチン訪問接種実施に必要な被接種者の情報を申請者から松戸市及び接種医療機関等に提供することが

被接種者管理番号 ※市役所記入欄

署名

代筆者氏名・続柄

連絡先 (上記の連絡先と異なる場合)

この被接種者記入欄は必ず自署すること
(できない場合は代筆も可)

- ※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。
- ※事業所が代筆する場合は、事業所名と担当者名を記載する。
- ※被接種者が16歳未満の場合は保護者が自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人が自署する。