

# 新型コロナウイルスワクチン訪問接種利用申請書

年 月 日

(あて先)八尾市長

ふりがな

申請者 氏名

住所

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他( )

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチン訪問接種を希望します。

(接種を希望する人) 被接種者情報	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	大正・昭和・平成 年 月 日生
	接種券番号 (10桁)		
要件 (あてはまる項目全てに☑してください)	①被接種者について (カッコ内は○をつける、または、記入をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 要介護4または5の認定を受けている ( 要介護 4 ・ 5 ) <input type="checkbox"/> 障害者手帳1級相当である ( 身体 ・ 精神 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳A相当である <input type="checkbox"/> その他、上記と同等の状況にある ( ) <input type="checkbox"/> 1度もワクチン接種をしておらず、ワクチン接種を希望する	
	②接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 在宅療養中で常時寝たきりの状態にあり、または、それと同等の状態にある <input type="checkbox"/> 家族または介護職員等による、個別医療機関及び集団接種会場への付き添いや移動が困難である <input type="checkbox"/> かかりつけ医の訪問によるワクチン接種を受けることができない	
	③環境面	<input type="checkbox"/> 被接種者もしくはご家族等が予診票に署名することが可能 <input type="checkbox"/> 事前にかかりつけ医からワクチン接種の許可を受けている <input type="checkbox"/> 接種にあたり、家族や介護職員等がサポートできる	
その他 (配慮すべき個別の事情等あればご記入ください)			

※ ご家族やケアマネージャー等から八尾市新型コロナウイルスワクチン接種事業実施PT宛に、郵送またはメールにより提出してください。