

# 新型コロナウイルスワクチン巡回接種利用申請書

令和 3年 月 日

江東区新型コロナウイルスワクチン接種推進室長 殿

下記のとおりワクチンの巡回接種を利用したいので申請します。  
また、本申し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

被 接 種 者 情 報	氏名	(フリガナ)		
	住所	江東区		
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
	接種券番号			
電話番号 (日中連絡がつく先)	自宅 ( )	—	携帯	— —
申請者氏名	(*被接種者本人が申請する場合は記入不要)		/	(ご本人との関係)
利用要件 ※巡回接種は 1の項目いずれかと 2、3の項目すべてに 該当する方が対象です (該当項目に☑)	1 (本人区分)	<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1級 (1度) 相当である (種別: 身体・知的・精神 ) <input type="checkbox"/> 上記同等の状況にある ( )		
	2 (希望理由) 該当するもの すべてに☑	<input type="checkbox"/> 常時寝たきりで接種会場に行くことが困難 <input type="checkbox"/> ご家族または介護ヘルパー等による接種会場への 付き添い・移動支援が困難 <input type="checkbox"/> かかりつけ医が訪問接種に対応できない		
	3 (接種環境) 該当するもの すべてに☑	<input type="checkbox"/> ご本人または保護者の書面同意が可能 <input type="checkbox"/> 巡回接種を受けることについてかかりつけ医の 了解をとっている <input type="checkbox"/> 家族や関係者の同伴・接種後の経過観察が可能		
初回接種 希望曜日 ※具体の日程は 利用決定通知後に 調整します ※2回目接種は 3週間後で設定します	第1希望	曜日	午前	・ 午後
	第2希望	曜日	午前	・ 午後
	第3希望	曜日	午前	・ 午後
その他確認事項	<input type="checkbox"/> 特に配慮が必要な事項 ( ) <input type="checkbox"/> 駐車スペースの有無 ( 有 ・ 無 )			