

枚方市長

枚方市新型コロナ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ワクチン接種を申請します。
なお、申請内容の確認のため、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に同意します。

被 接 種 者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			大正 昭和 平成 西暦 年 月 日 (歳)
	住民票に 記載されている住所	〒573- 枚方市		
	接種希望住所	☐ 住民票と同じ	市内 別住所	〒573- 枚方市
	電話番号 (日程調整及び当日連絡、 接種後のフォローアップ連絡 できる番号)	() ※被接種者以外の場合 氏名 () 続柄 ()		
	接種券番号			
ワクチン接種に関して 主治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			
	医療機関所在地			
接種困難な状況等の詳細	<接種困難な状況について> 該当する項目のチェックボックスに☑をつけてください。 ☐寝たきり状態等で自宅療養しており、介助を受けても外出・通院が困難である。 ☐通院できないため、定期的な訪問診療を受けているが、その主治医による接種ができないため、接種を受けられていない。 <疾患名や身体状態について> ()			

上記の申請内容で相違ありません。

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。

【添付書類】

・内服薬がわかるもの (例：お薬手帳の写し) ・健康保険証の写し