

※本紙は、巡回接種を受ける施設又は在宅者の保護者等が作成するものです。

巡回接種証明書 兼 同意書

巡回接種証明書

医療機関名 _____ に巡回接種を受けたことを証明します。

接種人数合計 名 (1回目 名、2回目 名、3回目 名)
 (4回目 名、5回目 名、6回目 名)

施設での巡回接種を受けた場合

| 接種年月日 | 接種人数 | 何回目接種か | 接種年月日 | 接種人数 | 何回目接種か |
|-------|------|--------|-------|------|--------|
| R . . | 名 | 回目 | R . . | 名 | 回目 |
| R . . | 名 | 回目 | R . . | 名 | 回目 |
| R . . | 名 | 回目 | R . . | 名 | 回目 |
| R . . | 名 | 回目 | R . . | 名 | 回目 |
| R . . | 名 | 回目 | R . . | 名 | 回目 |

○施設 (サービス) 種類 (※以下から選択し、□にレ点を入れてください)

- 障害児入所施設 重度障害者等包括支援 短期入所 児童発達支援 (医療型を含む)
 放課後等デイサービス 地域生活支援事業に係る通所サービス 特別支援学校 児童養護施設
 児童心理治療施設 児童自立支援施設 母子生活支援施設

※注意事項: 「県又は市町村の認可、許可、指定又は登録がある」、「県又は市町村に届出を行っている」又は「国、県又は市町村が実施 (委託を含む) している」のいずれにも該当しない施設等は交付対象外となります。

在宅での巡回接種を受けた場合

回目の接種 (令和 年 月 日実施)

○在宅で巡回接種を受けた者の種類 (※以下から選択し、□にレ点を入れてください)

- 重症心身障害児
 その他、在宅での接種を要する障害児等 (以下に理由を記載)

巡回接種が必要な理由 _____

同意書 (※同意する場合は□にレ点を入れてください)

- 上記巡回接種証明書について、令和5年度愛知県新型コロナワクチン小児接種支援金交付申請書類への添付文書として愛知県知事に提供することに同意します。

施設での巡回接種を受けた場合

法人名 _____
 施設・事業所名 _____
 登録・事業所番号 _____
 施設・事業所所在地 愛知県 _____

在宅での巡回接種を受けた場合

被接種者氏名 _____ (代筆可)
 接種券番号 _____ 市・町・村 _____
 (接種券発行市町村)
 被接種者住所 愛知県 _____ 市・町・村 _____
 (市町村まで)

※同一住宅内において、同じ日に複数人の在宅療養者が接種を受けた場合は、1回の申請となるため、代表1名の署名とする。