

※本紙は、巡回接種を受ける個人が作成するものです。

巡回接種証明書 兼 同意書 (在宅用)

巡回接種証明書

令和 年 月 日に医療機関名 に  
巡回接種を受けたことを証明します。

署名

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。

○巡回接種したワクチンについて (該当する□にレ点を入れてください)

【接種状況】:  初回接種 (1・2回目)

令和5年度春・秋開始接種

○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)

要介護4又は5の高齢者

重症心身障害(児)者

その他、在宅での接種を要する障害者等 (理由を以下に記載)

巡回接種が必要な理由 (その他、在宅での接種を要する障害者等に該当する場合に記載)

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年度愛知県高齢福祉施設等  
ワクチン接種加速化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。