

巡回接種証明書 兼 同意書 (施設用)

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。

法人名 _____

施設・事業所名 _____

登録・事業所番号(※) _____

※介護保険法、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく施設は10桁の事業所番号、サービス付き高齢者向け住宅は登録番号をご記入ください。
※その他の施設は、記入不要

施設・事業所所在地 愛知県

- 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(複数選択可))
 - ・高齢者施設等(介護予防サービスを含む)
 - 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む) 介護老人保健施設 介護医療院
 - 介護療養型医療施設 認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)
 - 養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅
 - 通所介護 地域密着型通所介護(療養通所介護を含む) 認知症対応型通所介護
 - 通所リハビリテーション 通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業)
 - 短期入所生活介護 短期入所療養介護 小規模多機能型居宅介護
 - 看護小規模多機能型居宅介護 生活支援ハウス
 - ・障害者施設等
 - 障害者支援施設(施設入所支援) 障害者グループホーム(共同生活援助)
 - 障害児入所施設 福祉ホーム 労災特別介護施設(ケアプラザ)
 - 生活介護 療養介護 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 宿泊型自立訓練
 - 就労継続支援(A型・B型) 就労移行支援 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(地域活動支援センター等)
 - ・その他
 - 救護施設 更生施設 宿所提供施設 社会福祉住居施設(日常生活支援住居施設を含む)
 - 生活困窮者・ホームレス自立支援センター 生活困窮者一時宿泊施設
 - 婦人保護施設 矯正施設 更生保護施設 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
 - 児童自立生活援助事業(自立援助ホーム)

※注意事項: 「県・市町村の認可、許可、指定、登録がある」又は「県・市町村に届出を行っている」又は「国・県・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。

接種 年月日	接種 人数計	内訳		接種状況※		接種 年月日	接種 人数計	内訳		接種状況※	
		利用者	従事者	初 回	春 秋			利用者	従事者	初 回	春 秋
R . .	名	名	名	名	名	R . .	名	名	名	名	名
R . .	名	名	名	名	名	R . .	名	名	名	名	名
R . .	名	名	名	名	名	R . .	名	名	名	名	名
R . .	名	名	名	名	名	R . .	名	名	名	名	名

接種人数合計 _____ 名 (利用者合計 _____ 名、従事者合計 _____ 名)

※ 初回接種(1~2回目)の場合は初回に、令和5年度春接種以降の場合は春秋に接種人数を記載してください。

同意書 (※同意する場合は□にし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。