

三郷町長 様

申請者

氏名

住所 三郷町

電話番号

対象者との続柄()

新型コロナウイルスワクチン訪問接種申請書

下記のとおり関係書類を添付して申請します。

なお、申請内容の確認のために町が保有する対象者及び申請者の住所等の個人情報を閲覧すること、ならびに必要なに応じて病名や治療方法など医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

対象者	フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)			
	氏名									
	住所	三郷町								
接種券番号										
希望する接種の回数		<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目		<input type="checkbox"/> 3回目		<input type="checkbox"/> 4回目		
接種状況	回数	1回目			2回目			3回目		
	接種日	R 年 月 日			R 年 月 日			R 年 月 日		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他()		
申請理由 (該当する番号に○をつけてください)		1 寝たきり等で自宅療養していて、自力での外出・通院ができない。 2 通院ができない為、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為、接種を受けられない。 2 に該当される方は以下にもお答えください。 ・疾患名:() ・その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいと言われましたか。 (はい いいえ)								

【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