オミクロン株対応ワクチン接種申請書

【令和５年春開始接種用】

（医療従事者・高齢者施設等従事者）

令和 ５年 　月　　日

（あて先）

森　町　長

次のとおり、オミクロン株対応ワクチンの接種を希望します。

１ 対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 住民票記載  住所 | 〒　　　－  静岡県周智郡森町 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 電話番号 | （　　　　　　　） |
| 該当する項目を○で囲んでください | 医療機関等 　 ・ 　 高齢者施設等  (高齢者施設等の範囲については裏面をご確認ください) |
| 従事先 |  |
| 前回の接種日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 今回の接種予定日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 接種券の有無※ | 有　　　　　　・　　　　　無 |

　※接種券を紛失・破棄している場合は、再発行の手続きをしてください。

２ 申請者（ □　１ 対象者と同じ場合はチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者住所 | 〒　　　－ | | |
| ふりがな |  | 対象者との関係 | □ 親族(続柄：　　　　)  □ その他(　　　　　　　) |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | | |

３ 送付先（ □　 ２ 申請者と同じ場合はチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先  住所 | 〒　　　－ |
| 送付先氏名 |  |

【町記載欄】受付日：令和　 年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付方法 | □　電話　　　□　郵送　　　□ＦＡＸ　　　□　窓口 | | | | | | | | | | |
| 処理日 | 年　　月　　日 | | | | 発　券 | | □　済　　（　　年　　月　　日） | | | | |
| 処理内容 | □　システム確認 | | | | 送　付 | | □　済　　（　　年　　月　　日） | | | | |
| 接種券番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

高齢者施設等の範囲

〇 介護保険施設　　　　　　　　　　　 　　　 〇 生活保護法による保護施設

・介護老人福祉施設　　　　　　　　　　　　 ・救護施設

・地域密着型介護老人福祉施設入所者　　　 　 ・更正施設

生活介護　　　　　　　　　　　　　 　　　 ・宿所提供施設

・介護老人保健施設

・介護医療院　 〇 障害者総合支援法による障害者支援施

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 設等

〇 居住系介護サービス　　　　　　　　　　　 ・障害者支援施設

・特定施設入居者生活介護　　　　　　　 　　 ・共同生活援助事業所

・地域密着型特定施設入居者生活介護 　　 　　・重度障害者等包括支援事業所（共同

・認知症対応型共同生活介護　　　　　　　　　　生活援助を提供する場合に限る）

　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・福祉ホーム

〇　老人福祉法による施設

・養護老人ホーム　　　　　　　　　　　　　 〇 その他の社会福祉法等による施設

・経費老人ホーム　　　　　　　　　　　　　 ・社会福祉住居施設（日常生活支援住居

・有料老人ホーム　　　　　　　　　　　　　 施設を含む）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・生活困窮者・ホームレス自立支援セン

〇　高齢者住まい法による住宅 　 ター

・サービス付き高齢者向け住宅　　　　　　　　・生活困窮者一時宿泊施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ・原子爆弾被爆者養護ホーム

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　・生活支援ハウス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・婦人保護施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ・矯正施設（※患者が発生した場合の処

遇に従事する職員に限る）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・更正保護施設

○居宅サービス事業所及び訪問系のサービス事業所等の従事者