

### 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 医療法人〇〇会 〇〇クリニック に巡回接種を受けたことを証明します。

法人名 社会福祉法人 〇〇

施設・事業所名 特別養護老人ホーム◇◇苑

登録・事業所番号(※) 1111111111

※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 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

- 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
R6.2.1	24名	12名	12名	0名	24名	R6.3.20	3名	3名	0名	0名	3名
R6.2.15	6名	5名	1名	0名	6名	R6.3.31	1名	1名	0名	0名	1名
R6.2.20	12名	9名	3名	2名	10名	R . .	名	名	名	名	名
R6.2.25	20名	18名	2名	2名	18名	R . .	名	名	名	名	名

接種人数合計 66名 (利用者合計 48名、従事者合計 18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。

## 巡回接種証明書兼同意書(在宅用)

### 巡回接種証明書

令和 6 年 3 月 18 日に医療機関名 **医療法人〇〇会 〇〇クリニック** に  
巡回接種を受けたことを証明します。

### 署名

氏名 **愛知 太郎**

(代筆可)

接種券番号 **名古屋 市 町・村**  
(接種券発行市町村)



被接種者住所 **愛知県 名古屋 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)

#### ■記載の考え方

障害の度合いや具体的な病状・症状等により通院する(接種会場に向く)ことが  
困難又は訪問診療を実施していることを記載してください。

※単に、「外出困難」や「高齢のため」等の漠然とした理由では、申請を受け付けない  
又は詳細の聴き取りを行う場合があります。

#### ■記載例

- ・ALSが進行し、全身の運動機能が低下しており、通院することが困難なため。
- ・認知症があり、通院することが困難なため。
- ・腰部圧迫骨折を機に筋力低下が著しくあり、通院することが困難なため。
- ・ADL低下に伴い、接種会場に行くことが困難なため。
- ・脳梗塞の後遺症で認知機能が低下し、同居者も高齢で通院介助が困難なため。

### 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。