

関係事業者 各位

福岡市保健医療局課長
(新型コロナウイルスワクチン接種担当)

在宅療養者を対象とした訪問接種（令和 5 年春開始接種）について（依頼）

日頃より、新型コロナウイルス感染症への対策にご協力をいただき誠にありがとうございます。
この度、新型コロナウイルスワクチン令和 5 年春開始接種の対象者のうち、一定の要件を満たす方に対して、下記のとおり訪問接種を実施いたします。

つきましては、貴施設のご利用者のうち、対象となる方への周知にご協力をいただきますようお願いいたします。また、本人や家族等による申請手続きが困難な場合は、恐れ入りますが、事業所による代理申請にご協力いただきますよう併せてお願い申し上げます。

なお、前回の訪問接種を利用された方には、別途ご案内をお送りしていることを申し添えます。

記

1 実施内容

医師や看護師等を申込者の自宅に派遣して接種を行います。
対象者の要件や申込方法等については、別添資料をご確認ください。

2 事業所による代理申請

オンライン電子申請や郵送の他、電子メールでも申請を受け付けます。
※電子メールで申請する場合は、以下のアドレスに申込書を送信してください。
・受付メールアドレス：corona.zaitaku@city.fukuoka.lg.jp
・送信メール件名：「新型コロナウイルスワクチン訪問接種利用申込（代理申請）」

3 別添資料

- (1) チラシ（新型コロナウイルスワクチンの訪問接種を実施します）
- (2) 訪問接種実施日カレンダー
- (3) 新型コロナウイルスワクチン訪問接種利用申込書及び記入例

【問い合わせ先】

福岡市保健医療局
新型コロナウイルスワクチン訪問接種担当
担当：宮地、佐々野 TEL：092-401-1753

新型コロナウイルスワクチンの 訪問接種を実施します（令和5年春開始接種）

1 対象者

福岡市に住民票のある令和5年春開始接種の対象者（65歳以上の方または基礎疾患を有する5歳以上の方）で、原則として以下①②の要件を満たす方

- ① 在宅療養中で、常時寝たきりの状態またはそれと同等の状態にあり、接種会場への移動が困難な方（要介護4または5、身体障害者手帳1級または2級、療育手帳重度（A）判定、精神障害者保健福祉手帳1級の方を想定）
- ② 主治医の訪問による接種を受けることができない方で、主治医から接種の許可を受けている方

※ 同居の家族等が接種を希望する場合は、春開始接種対象者であれば同時に接種が可能です。

2 使用ワクチン

オミクロン株対応2価ワクチン

3 接種期間及び申込期間

申込期間：令和5年5月29日（月）～6月30日（金）

接種期間：令和5年6月12日（月）～

※ お住まいの区ごとに、接種実施日を設定しています。詳細は、訪問接種実施日カレンダーをご確認ください。

4 申込方法

オンラインまたは郵送にて申込み

・オンライン（電子申請）

「新型コロナウイルス訪問接種(在宅療養者対象)」

<https://ttzk.graffer.jp/city-fukuoka/smart-apply/apply-procedure-alias/houmon>

・郵送

〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8-1 新型コロナウイルスワクチン訪問接種担当 宛
申込書は福岡市ホームページからダウンロードできます。

https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/coronavaccine/harukaisi_wakutin.html#houmon

※ 接種日は、訪問接種実施日カレンダーから選んでください。



【問い合わせ先】

福岡市保健医療局新型コロナウイルスワクチン訪問接種担当
TEL：092-401-1753（9：00～17：30 月～金）

新型コロナウイルスワクチン 訪問接種利用申込書

申込日 年 月 日

下記のとおりワクチン訪問接種を申込みます。
また、接種業務に必要な範囲内で個人情報を福岡市、接種従事者及び福岡市の委託先で共有することについて同意します。

記

申請者 (在宅療養者)	氏名	(フリガナ)			
	生年月日(西暦)	年	月 日生		
	電話番号 (日中連絡のとれる番号)				
	住所 (集合住宅の場合は建物名、 号室まで記入してください)	〒 (東区・博多区・中央区・南区・城南区・早良区・西区)			
	利用要件 (1,2,3に回答してください)	1	<input type="checkbox"/> 在宅療養中で常時寝たきり状態にあり、接種会場への移動が困難 <input type="checkbox"/> 上記と同等の状態にある <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (要介護 4・5) <input type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している (種別: 身体1級・身体2級・精神1級・療育A) <input type="checkbox"/> その他 ()		
			2	<input type="checkbox"/> 主治医から接種の許可を受けている <input type="checkbox"/> その他 ()	
				3	<input type="checkbox"/> 主治医の訪問による接種を受けなかった理由 ()
	特記事項 (接種にあたり、病状など、 お伝え頂くことがあれば 記入してください)				
	接種券番号 (不明な場合は空欄で可)				
	これまでの接種回数	回			
前回接種日(西暦)	年	月 日			
希望日	第1希望日	月 日 ()曜日			
	第2希望日	月 日 ()曜日			
	第3希望日	月 日 ()曜日			
	※住所の区ごとに接種日を設定しています。資料②カレンダーをご確認ください。 ※必ず、家族またはケアマネジャー等が同席できる日付を記入してください。 ※必ず、第3希望日まで記入してください。				
希望接種者	申請者のみ ・ 申請者 + ()名				
	※家族等の同時接種を希望する場合は、人数を記入の上、次のページに、同時接種希望者の情報を記入してください。				
その他確認事項 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 市の車を1台駐車できるスペースがある <input type="checkbox"/> 過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある <input type="checkbox"/> 過去に採血等で、気分が悪くなったこと、または失神等を起こしたことがある				
日程調整 連絡先	氏名	(フリガナ)	申請者との関係		
	電話番号				

同時接種希望者1

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者2

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者3

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者4

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

新型コロナウイルスワクチン 訪問接種利用申込書 記入例

申込日 2023年 5月 29日

下記のとおりワクチン訪問接種を申込みます。
 また、接種業務に必要な範囲内で個人情報を福岡市、接種従事者及び福岡市の委託先で共有することについて同意します。

できるだけ希望日の10日以上前
 までにお申し込みをお願いします

記			
申請者 (在宅療養者)	氏名 (フリガナ)	フクオカ タロウ 福岡 太郎	
	生年月日(西暦)	1960年 1月 1日生	
	電話番号 (日中連絡のとれる番号)	092-000-0000	
	住所 (集合住宅の場合は建物名、 号室まで記入してください)	〒810-8620 (東区・博多区・中央区・南区・城南区・早良区・西区) 天神1丁目8-1 ○○ハイツ △△号室	
	利用要件 (1,2,3に回答してください)	1	<input type="checkbox"/> 在宅療養中で常時寝たきり状態にあり、接種会場への移動が困難 <input type="checkbox"/> 上記と同等の状態にある <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (要介護 4・5) <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している (種別: <u>身体1級</u> 身体2級・精神1級・療育A) <input type="checkbox"/> その他 ()
		2	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医から接種の許可を受けている <input type="checkbox"/> その他 ()
		3	主治医の訪問による接種を受けなかった理由 (<u>主治医の病院はワクチン接種を実施していない</u>)
	特記事項 (接種にあたり、病状など、 お伝え頂くことがあれば 記入してください)		
	接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	0000000000 (10桁の数字)	
	これまでの接種回数	3 回	
前回接種日(西暦)	2023年 1月 22日		
希望日	第1希望日	11月 25日 (金)曜日	
	第2希望日	11月 15日 (火)曜日	
	第3希望日	11月 11日 (金)曜日	
※住所の区ごとに接種日を設定しています。資料②カレンダーをご確認ください。 ※必ず、家族またはケアマネジャー等が同席できる日付を記入してください。 ※必ず、第3希望日まで記入してください。			
希望接種者	<u>申請者のみ</u> ・ 申請者 + ()名		
	※家族等の同時接種を希望する場合は、人数を記入の上、次のページに、同時接種希望者の情報を記入してください。		
その他確認事項 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 市の車を1台駐車できるスペースがある <input type="checkbox"/> 過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある <input type="checkbox"/> 過去に採血等で、気分が悪くなったこと、または失神等を起こしたことがある		
日程調整 連絡先	氏名 (フリガナ)	フクオカ ハナコ 福岡 花子	
	電話番号	080-0000-0000	
		申請者との関係 子	

同時接種希望者1

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者2

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者3

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

同時接種希望者4

氏名	(フリガナ)
生年月日(西暦)	年 月 日生
接種券番号 (不明な場合は空欄で可)	

訪問接種 実施日カレンダー

お住まいの区	全ての区	A	B	C	A	B	C
		東区 博多区	中央区 南区 城南区	早良区 西区	東区 博多区	中央区 南区 城南区	早良区 西区
	日	月	火	水	木	金	土
6月		6/12	6/13	6/14	6/15	6/16	6/17
	6/18	6/19	6/20	6/21	6/22	6/23	6/24
	6/25	6/26	6/27	6/28	6/29	6/30	7/1
7月	7/2	7/3	7/4	7/5	7/6	7/7	7/8
	7/9	7/10	7/11	7/12	7/13	-	7/15
	7/16	7/17	7/18	7/19	7/20	7/21	

お住まいの区ごとに接種日を設定しておりますので、割り振られている日から希望日をお選びください(どうしても難しい場合は、それ以外の日から選んでください)。

【接種希望日を選ぶ際の留意点】

① 前回接種を行った日から3か月後の同日から、接種が可能となります。

(例) 前回接種日が 令和5年3月15日 の場合

⇒ 令和5年 6月15日 から 接種が可能

- 前回接種日は、接種券の接種記録や、接種証明書等をご確認ください。
- 前回接種日がわからない場合は、下記の問い合わせ先にお電話ください。

② 訪問日程を調整するため、接種希望日は、原則として申込日から10日以上先の日付から選んでください。

③ 必ず、家族またはケアマネジャー等が同席できる日付を記入してください。

④ 1,2回目用や小児用のワクチンについては、個別に準備・調整が必要となります。調整の結果、接種日のご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。