

郵便番号
事業所所在地

事業所名
(サービス種別)

管理者 様

No. ○○

2021年(令和3年)6月4日

介護保険施設等 管理者 様

福山市 保健福祉局 長寿社会応援部
介護保険課 事業者指定・指導担当課長

高齢者施設等に係る新型コロナウイルスワクチンの接種完了日等について(照会)

新型コロナウイルスワクチンの接種については、令和3年4月30日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室から「新型コロナウイルスワクチンの高齢者向け接種の前倒しについて」が発出され、高齢者向け接種2回目の終了時期を7月末へ前倒しするよう要請されています。

これを受けて、本市においても、65歳以上の高齢者の7月末までの接種完了を目指しているところです。

つきましては、高齢者施設等における接種の状況を把握するため、次のとおり照会を行います。

この照会につきまして、全ての施設において期日までに御回答いただきますようお願いいたします。

また、2回目の接種の終了時期が8月以降の施設については、可能な限り速やかに接種が終了するようお願いいたします。

1 送付物

- ・本紙「高齢者施設等に係る新型コロナウイルスワクチンの接種完了日等について(照会)」
- ・裏面「入所(居)者のワクチン接種完了日等に関する回答書」

2 対象施設

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、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、生活支援ハウス

※この照会は、対象施設ごとに送付しています。同一敷地内の併設施設等であっても、それぞれの施設ごとに御回答ください。

3 回答期限及び提出方法

裏面の回答書に御記入の上、6月10日(木)までに**FAX**により提出してください。

※短期間での照会となり御迷惑おかけします。期日に関わらず、なるべく早期の回答に御協力ください。

4 その他

回答内容は、本市ワクチン接種実施本部、市内の医師会、接種実施医療機関等の関係機関と情報共有させていただきます場合があります。

No. ○○

FAXにより送信してください。送付状は不要です。
送信先：福山市 介護保険課 084-928-1732

回答期限：
6月10日（木）

入所（居）者のワクチン接種完了日等に関する回答書

1 下表に御担当者名及び連絡先を御記入下さい。

サービス種別	サービス種別
施設名	事業所名
御担当者名	
連絡先	

2 貴施設の入所（居）者について、あてはまるものに○をしてください。

A 施設として接種を予定（実施）している

B 施設として接種は予定していない（調整をおこなっていない）

※施設内で接種する場合や、接種医の指示等により医療機関に出向いて接種を受ける場合等は「A」に○をしてください。

また、接種の予定日が確定していなくても、接種に向けて医療機関と調整中であれば「A」に○をしてください。

Bに○をされた施設は、ここで回答は終了です。御協力ありがとうございました。

3 施設として予定（実施）されている1回目の接種の最初の日を御記入ください。

※未確定の場合は、「遅くともこの日までには開始する」という日付を御記入ください。

入所（居）者の1回目の接種開始日： 年 月 日

4 施設として予定されている2回目の接種の最後の日を御記入ください。

※接種医療機関がおおむね決まっているが、具体的な接種日が未確定の場合は、「遅くともこの日までには終わる」という日付を御記入ください。

※接種医療機関が現段階で決まっていない場合は、空欄としてください。

入所（居）者の2回目の接種終了日： 年 月 日

※接種は一人につき2回行われます。1回目の接種から、標準的に20日の間隔を空けて2回目の接種が行われます。

※集団接種会場又はかかりつけ医等での接種を、個人で予約される入所（居）者の接種については回答不要です。

照会は以上です。御協力ありがとうございました。