

令和5年春開始接種 コロナワクチン接種券発行申請書

※春開始接種の対象は、初回接種（1・2回目接種）を完了し、前回接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳の方及び医療・高齢者施設等で従事している方です。

令和 年 月 日

睦沢町長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者 本人 同一世帯員
との続柄 その他（ ）

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	住民票に記載 の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	生年月日	年 月 日			
	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種		____回接種済	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
申 請 理 由		<input type="checkbox"/> 睦沢町で発行された接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 5～64歳だが、基礎疾患又は医療・高齢者施設等従事者による接種対象者 であり、春開始接種を希望している ※裏面の記入をしてください <input type="checkbox"/> 接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

最新の接種状況をご記入ください。未接種の方は記入不要です。

前回接種状況	接種日	年 月 日		
	ワクチン 種類	<input type="checkbox"/> 従来型ファイザー <input type="checkbox"/> オミクロン株対応ファイザー <input type="checkbox"/> 従来型モデルナ <input type="checkbox"/> オミクロン株対応モデルナ <input type="checkbox"/> 武田社ワクチン（ノババックス） <input type="checkbox"/> 小児用従来型ファイザー <input type="checkbox"/> 小児用オミクロン株対応ファイザー <input type="checkbox"/> 乳幼児用ファイザー <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	接種の 方法	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （使用した接種券の市町村名： ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）		

（裏面につづく）

5～64歳で春開始接種の対象者は、該当する項目にチェックしてください。

【18～64歳の方】

18～64歳だが、基礎疾患があり、通院／入院している

※下記疾患のうち該当するものにチェックしてください

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。） |
| <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 | <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等） |
| <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病 | |
| <input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | |
| <input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。） | |
| <input type="checkbox"/> ステロイドなど免疫の機能を低下させる治療を受けている | |
| <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害など） | |
| <input type="checkbox"/> 染色体異常 | |
| <input type="checkbox"/> 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態） | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 | |
| <input type="checkbox"/> 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している（※）、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している（※）場合） | |
| <input type="checkbox"/> 基準（BMI30以上）を超えている方 | |

【5～17歳の方】

以下の病気や状態の方で通院／入院している

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 | <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 |
| <input type="checkbox"/> 神経疾患・神経筋疾患 | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝性疾患 |
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 関節リウマチ・膠原病 | <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 |
| <input type="checkbox"/> 消化器疾患・肝疾患等 | <input type="checkbox"/> 先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患
や治療に伴う免疫抑制状態 | |

その他の小児領域の疾患

（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）

5～64歳共通理由

- 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた
- 医療従事者や高齢者・障害者施設等の従事者

※ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も基礎疾患のある方に該当します。