

# 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【春開始接種用（代理申請）】

注1：春開始接種は、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、医療機関や高齢者施設等の従事者が対象です。

注2：本様式は、医療機関や施設等が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該医療機関や施設等にその送付を求めるための様式です。

注3：名簿に記載する際は、被接種者ご本人からあらかじめ同意を得てください。

令和 年 月 日

睦沢町長 宛

代理申請を行う医療機関等の名称

\_\_\_\_\_

担当者 氏名

\_\_\_\_\_

住所

〒

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

代理して申請を行う被接種者

ふりがな 氏名	住民票に記載の住所	生年月日	対象となる理由 (選択) ※1	前回接種の 日付 ※2

※1 対象となる理由の該当する英数字を記入すること。

※2 可能な限り記載すること。

## 対象となる理由

### 【 18～64歳の方 】

- A-1 慢性の呼吸器の病気
- B-1 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- C-1 慢性の腎臓病
- D-1 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- E-1 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
- F-1 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- G-1 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。）
- H-1 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
- I-1 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- J-1 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（呼吸障害等）
- K-1 染色体異常
- L-1 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）
- M-1 睡眠時無呼吸症候群
- N-1 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）（※）
- O-1 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方
  - ①64歳未満であるが、医療従事者である
  - ②64歳未満であるが、高齢者施設等の従事者である

※精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳の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。

### 【 5～17歳の方 】

- A-2 慢性呼吸器疾患
- B-2 慢性心疾患
- C-2 慢性腎疾患
- D-2 神経疾患・神経筋疾患
- E-2 血液疾患
- F-2 糖尿病・代謝性疾患
- G-2 悪性腫瘍
- H-2 関節リウマチ・膠原病
- I-2 内分泌疾患
- J-2 消化器疾患・肝疾患等
- K-2 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
- L-2 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 】

- A-3 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