

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【令和5年春開始接種用】

※令和5年春開始接種は、初回（1・2回目）接種が完了した方のうち、
前回の接種から3か月以上経過した

65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳の方、医療機関・介護施設の従事者等が対象です。

令和 年 月 日

加東市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記①・②をよくお読みの上、にチェックしてください。）

① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、加東市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市町村における接種記録を確認します。

② 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

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													
個人番号（マイナンバー） ※お持ちの方のみ															
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ													
申請理由 (裏面も確認してください)		<input type="checkbox"/> 5～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、令和5年春開始接種を希望している <input type="checkbox"/> 64歳以下の医療従事者等である <input type="checkbox"/> 64歳以下の高齢者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ）													

(裏面につづく)

<p>令和5年春開始接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上64歳以下であるが、基礎疾患があり、通院／入院している ※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p><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（治療中の悪性腫瘍を含む。） <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（呼吸障害等） <input type="checkbox"/>染色体異常 <input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群 <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"/>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（※1）、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（※1）場合） <input type="checkbox"/>BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/>5歳以上17歳以下であるが、基礎疾患があり、通院／入院している ※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p><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 <input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>5歳以上64歳以下であるが、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</p> <p><input type="checkbox"/>64歳以下の医療従事者等である <input type="checkbox"/>64歳以下の高齢者施設等の従事者である</p>
<p>前回の接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。 ※再発行の方は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類： (_____) ※例：ファイザーBA.4/5(オミクロン株対応ワクチン)</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____) <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____) (※2)</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>

※1 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。