

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年春接種は、2～5回目接種を受けてから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、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

浜中町長 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（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された接種券がお手元にある場合、その接種券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	〒 浜中町
	生年月日		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
申請理由		<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"/> 医療施設、高齢者施設、障害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"/> 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（ ）	
令和5年春開始接種の 対象者となる理由		<input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している（※1） <small>※別紙の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</small> <input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満であり、別紙の基礎疾患はないが、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 <input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 65歳未満であるが、医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である	

（裏面につづく）

<p>【 】回目接種状況</p> <p>※前回の接種回数(2~5)を数字で記入してください。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>①接種日・ワクチン種類</p> <p><input type="checkbox"/>接種済証、接種証明書、接種記録書等の写しを添付してください。</p> <p>②接種の方法(当てはまるものにチェック):</p> <p><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: _____)</p> <p><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>
<p>接種希望日</p> <p>※自治会配布又はホームページのチラシから選択してください</p>	<p>第一希望 令和5年 月 日 時間: 時 分~</p> <p>第二希望 令和5年 月 日 時間: 時 分~</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。

※2 「**接種の方法**」の「**その他**」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

●令和5年春開始接種の対象となる疾患(該当するものにチェックしてください。)

※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。

<p>【18歳以上の方】</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/>病気や治療による免疫機能の低下</p> <p><input type="checkbox"/>神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気(鉄欠乏性貧血は除く)</p> <p><input type="checkbox"/>インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>重い精神疾患</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害</p>

<p>【18歳未満の方】</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/>病気や治療による免疫機能の低下</p> <p><input type="checkbox"/>神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気</p> <p><input type="checkbox"/>代謝性疾患(糖尿病を含む。)</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/>膠原病</p> <p><input type="checkbox"/>内分泌疾患</p> <p><input type="checkbox"/>消化器疾患</p>
--