

接種券発行申請書【新型コロナワクチン 令和5年秋開始接種】

18歳以上用

※前回接種から3ヶ月以上経過した方が対象となります。

令和 年 月 日

八雲町長宛

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、その接種券は破棄してください。

| | | | |
|------------------|------------|---|-------|
| 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 |
| 送付先住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | |
| 申請理由 | | <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 医療従事者・高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 海外で接種した <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わずに医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他 () | |

裏面があります。必ずご記入ください。

| | |
|---|---|
| <p>基礎疾患詳細</p> | <p>□18歳～64歳だが、基礎疾患がある。 ※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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>□慢性の呼吸器の病気 □慢性の心臓病（高血圧を含む） □慢性の腎臓病 □慢性の肝臓病（肝硬変等） □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 □血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く） □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） □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 □免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 □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） □染色体異常 □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） □睡眠時無呼吸症候群 □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）の場合）</p> </div> <p>□18歳から64歳だが、BMIが30以上である □18歳～64歳だが、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>接種状況</p> <p>※・接種済証 ・接種記録書 ・接種証明書 上記いずれかを提出される方は本欄の記入は不要です。</p> <p>※海外で接種された方は必ず記入してください。</p> | <p>1回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</p> <p>2回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</p> <p>3回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</p> <p>4回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</p> <p>5回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</p> <p>6回目：令和 年 月 日 (ワクチンの種類；)</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。