〔　棚倉町健康福祉課　宛　　　〒963-6192　棚倉町大字棚倉字中居野６８番地１　（　FAX：0247-33-7820　）　〕

**接種券発行申請書　（新型コロナウイルス感染症）**

令和　　　年　　　月　　　日

棚　倉　町　長

（ふりがな）　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

申　請　者　　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(　　　　　　)

**私は、接種券の発行を希望しますので、下記のとおり申請します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | （ふりがな）氏　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　＊申請者と同じ場合は省略可能。 |
| 住民票に記載の住所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊申請者と同じ場合は省略可能。　棚倉町大字　　　　　　　字 |
| 生年月日（年齢） | T・S・H　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　　　　　歳） | 接種券番号（１０桁） | ＊接種済証等でお分かりになる方は記載ください。 |
| 申　請　理　由 | □　18～59歳だが、医療従事者等もしくは高齢者施設等の従事者である□　18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、４回目接種を希望している（＊）□　接種券が届かない　　　　　　　　　□　接種券の紛失・破損　　　　　　　　　　　□　転入□　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　　　　　□　その他 |
| **（＊）４****回目接種の対象となる理由** | * **１８歳以上60歳未満で、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項目に☑をしてください。**□　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　(肝硬変など)□　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（＊）、または自立支援医療（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）　　　　　　　（＊）通院または入院をしていない場合も、基礎疾患を有する者に該当する。 |
| **□　18歳以上60歳未満であるが、BMI指数が30以上ある。****体重(　　　　　　　　)Kg　÷　身長(　　　　　　　　)ｍ　÷　身長(　　　　　　　　)ｍ　＝　BMI(　　　　　　　　　)** |
| * **18歳以上60歳未満であるが、新型コロナウイルス感染症に係った場合の重症化リスクが高いと医師**

**に認められた。　　　　（　受診医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **＊　接種済証・接種記録書・接種証明書を提出される方は、本欄の記入は不要です。**1. ３回目接種日　：　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日
2. ワクチンの種類：　□　ファイザー（12歳以上用）　　　　　　□　武田/モデルナ　　　　　　□　武田（ノババックス）

③　接種の方法　：　□　市区町村の会場や医療機関、職域会場での接種（接種券を送付してきた市区町村名：　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　□　その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

◎接種券は原則、住民票所在地に送付します。住民票所在地以外へ送付を希望する場合は、下記に記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 宛　　　名（氏名） |  |
| 変更送付先住所 | 〒　　　　　－ |

* **町記入欄　：　　□　システム入力（　　　　　年　　　　　月　　　　　日）　　　□　発送確認（　　　　　年　　　　　月　　　　　日）**