**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

棚　倉　町　長

申請者

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 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 送付先住所 | |  |
| 申請理由 | □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  □医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である　　□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、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　） | |
| 令和５年春開始接種の対象者となる理由 | □65歳以上である　　　　□65歳未満の医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である  □18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である  □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   |  | | --- | | **□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** | | **【18歳以上の方は次の疾患のうち該当するものにチェック】**  □慢性の心臓（高血圧を含む）、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　□染色体異常  □神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　　　 □病気や治療による免疫機能の低下  □インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病　　 □血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く）  □睡眠時無呼吸症候群　　　　　□重い精神疾患　　　　　 □知的障害　　　□重度心身障害  □精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している（通院又は入院していない場合も含む） | | **【18歳未満の方の場合は次の疾患のうち該当するものにチェック】**  □慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　　　□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下  □染色体異常 □血液の病気 □代謝性疾患（糖尿病を含む。）  □悪性腫瘍　　　　 □消化器疾患　　　　 　□膠原病・関節リウマチ　　　□内分泌疾患  □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  □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） | | |
| 【　　】回目接種状況  ※前回の接種回数（２～５）を数字で記入してください。  ※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。 | | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②ワクチン種類：**□ファイザー（12歳以上用／従来型）  　　　　　　　　□ファイザー（12歳以上用／オミクロン株対応２価）  □ファイザー（５～11歳用／従来型）  □ファイザー（５～11歳用／オミクロン株対応２価）  □ファイザー（生後６か月～４歳用）  □モデルナ（従来型）  □モデルナ（オミクロン株対応２価）  □武田（ノババックス）  □アストラゼネカ  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　）  **③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**  □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：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（※）  **※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。** |

※**「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。**