

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、2～5回目接種を受けてから3か月以上経過した人のうち、65歳以上の人、基礎疾患がある5～64歳の人、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

菊陽町長 様

申請者 ふりがな 氏名

住所 〒

熊本県菊池郡菊陽町

電話番号

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

※ 転入を理由に接種券の発行申請をする人は、前の住所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	〒
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 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 <input type="checkbox"/> 医療施設、高齢者施設、障がい者施設等の従事者 <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"/> 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 ※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。 【18歳以上の人は次の疾患のうち該当するものにチェック】</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 <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または合併症のある糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障がい</p> <p>【18歳未満の人の場合は次の疾患のうち該当するものにチェック】</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 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患（糖尿病を含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満であり、上記の基礎疾患はないが、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</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 65歳未満の医療施設、高齢者施設、障がい者施設等の従事者である</p>
<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>※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。</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： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用/従来型） <input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用/オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用/従来型） <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用/オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/>ファイザー（生後6か月～4歳用） <input type="checkbox"/>モデルナ（従来型） <input type="checkbox"/>モデルナ（オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/>武田（ノババックス） <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____）</p> <p>④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） ※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。

※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