

**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（代理申請）】**

注1：令和5年春開始接種は、前回の接種（2～5回目）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。

注2：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

令和    年    月    日

熊本県菊陽町長 宛

フリガナ  
代理申請を行う施設等の名称

---

フリガナ  
担当者氏名

---

住所 〒

電話番号

---



---

代理して申請を行う被接種者

氏名 (記入例)	生年月日 ●●年●●月●●日	住民票に記載の住所 菊陽町●● ●●	申請理由 (選択) ①	対象となる理由 (選択) ※1 ② ア	前回接種の回数・日付 ※2	
					●回目	●●年●●月●●日

※1 対象となる理由が②の場合は、併せてア～テで該当するものを選択して記入すること。

※2 可能な限り記載すること。

(裏面)

申請理由

- ① 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
- ② 医療施設、高齢者施設、障がい者施設等の従事者
- ③ 接種券が届かない
- ④ 接種券の紛失・破損
- ⑤ 転入
- ⑥ 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

対象となる理由

- ① 65歳以上である
- ② 5歳以上65歳未満であるが、下記に掲げる基礎疾患があり通院／入院している  
※精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を所持している人については、通院または入院していない場合でも対象になります。
- ③ 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。
- ④ 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である。
- ⑤ 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。

(基礎疾患)

18歳未満の場合	18歳以上の場合
ア. 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 イ. 病気や治療による免疫機能の低下 ウ. 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 エ. 染色体異常 オ. 血液の病気 カ. 代謝性疾患（糖尿病を含む。） キ. 悪性腫瘍 ク. 膠原病 ケ. 内分泌疾患 コ. 消化器疾患	サ. 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 シ. 病気や治療による免疫機能の低下 ス. 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 セ. 染色体異常 ソ. 血液の病気（鉄欠乏性分血は除く） タ. 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 チ. 睡眠時無呼吸症候群 ツ. 重い精神疾患 テ. 知的障がい