

新型コロナワクチン令和5年春開始接種 接種券発行申請書

令和 5年 月 日

下郷町長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____
 住所 〒 _____

 生年月日 _____年 _____月 _____日 電話番号 _____
 被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

以下のとおり、**新型コロナワクチン令和5年春開始接種の接種券発行**を申請します。

※ **65歳以上**の方は、本申請は**不要**です。(前回の接種から3か月経過した方から順次送付します)

※ 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は廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ								
	氏名									
	住民票に 記載の住所		〒	下郷町						
	生年月日		年	月	日					
	接種券番号									
	送付先住所		※送付先の希望がない場合は、住民登録されている住所に送付します。							
申請理由	裏面の申請理由のうち、該当する項目1つにチェックをしてください。 ※FAXで申請する場合、裏面も忘れずにお送りください。									

接種済証、接種記録書、接種証明書等の写しを提出する場合は記入不要

接 種 状 況	接 種 日			ワクチンの種類	接種日時点での 住民票上の市区町村
	1回目	年	月	日	
2回目	年	月	日		
3回目	年	月	日		
4回目	年	月	日		
5回目	年	月	日		

※次ページの申請理由もご提出ください※

申請理由

(該当する項目1つにチェック)

- 医療機関・高齢者施設等（その他重症化リスクが高い方が集まる職場）で従事している
- 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
- その他（ ）

< 18歳未満の方の場合 >

以下の病気や状態の方で、通院・入院している方

- 慢性呼吸器疾患
- 慢性心疾患
- 慢性腎疾患
- 神経疾患・神経筋疾患
- 血液疾患
- 糖尿病・代謝性疾患
- 悪性腫瘍
- 関節リウマチ・膠原病
- 内分泌疾患
- 消化器疾患・肝疾患等
- 先天性免疫不全症候群、H I V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）

< 18歳～64歳の方の場合 >

以下の病気や状態の方で、通院・入院している方

- 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（治療中の悪性腫瘍を含む。）
- 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、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場合）

(注) 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、通院又は入院していない場合も、基礎疾患を有する方に該当します。

- 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

※ BMI 30の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg