新型コロナウイルス感染症　接種券　交付申請書

令和　　年　　月　　日

厚真町長　宛

申請者

〒　　　―

 　住所

 電話番号

被接種者との続柄　□本人　□その他（　　　　）

下記のとおり、接種券の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | □　申請者と同じ※同じ場合右欄記載不要 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住民票に記載の住所 | 〒 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　日 | 性別 | 男性　女性 |
| 申請理由 | □5歳以上65歳未満の方で裏面理由により追加接種を希望**→裏面の理由を必ずチェックしてください。**□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 接種状況 | □未接種　　□　回接種（接種回数を記入） |
| 前回接種日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 前回接種日時点で住民登録のあった市区町村 | 都道　　　　　　　　　市区府県　　　　　　　　　町村 |

【注意事項】

１　申請には前回接種の接種済証等接種事実が確認できる書類（転入の場合は１回目から前回接種までの書類）、本人確認書類が必要です。代理人が申請する場合は委任状と代理人の本人確認書類の提出が必要です。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

以下、町事務処理欄

交 付 年 月 日　令和　　　年　　　月　　　日 交付番号

収受印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 主　幹 | 主　査 | 担　当 | 合議 |
|  |  |  | 発　議 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　□ＶＲＳ接種履歴の確認【前回　　回目　　　　年　　月　　日】

|  |  |
| --- | --- |
| 追加接種の対象となる理由※該当する項目に☑ | □医療従事者□高齢者施設等従事者□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。****すべての年齢**□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気がある方□病気や治療によって免疫の機能が低下している方□神経疾患や神経筋疾患を原因として、身体機能が低下している方□染色体異常のある方□血液の病気のある方（18歳以上で鉄欠乏性貧血の方は除く）□その他、新型コロナにかかった場合に重症化するおそれが大きいと医師が認める方**18歳以上**□インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病の方□睡眠時無呼吸症候群の方□重い精神疾患がある方□知的障害がある方□ＢＭＩ（ＢＭＩ=体重(㎏)／身長(ｍ)²）が30以上の方**18歳未満**□代謝性疾患がある方□悪性腫瘍がある方□膠原病がある方□内分泌疾患がある方□消化器疾患がある方 |