

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 氏^{ふりがな}名 _____

〒 _____

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <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 ()				
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 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 府県		市区 町村		

【注意事項】

- 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 _____



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】

<p>追加接種の対象となる理由</p> <p>※該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/>医療従事者</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者施設等従事者</p> <p><input type="checkbox"/>基礎疾患があり、通院／入院している。</p> <p>※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。</p> <p><u>すべての年齢</u></p> <p><input type="checkbox"/>慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気がある方</p> <p><input type="checkbox"/>病気や治療によって免疫の機能が低下している方</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常のある方</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>その他、新型コロナにかかった場合に重症化するおそれ大きいと医師が認める方</p> <p><u>18歳以上</u></p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群の方</p> <p><input type="checkbox"/>重い精神疾患がある方</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害がある方</p> <p><input type="checkbox"/>BMI（BMI=体重(kg)／身長(m)²）が30以上の方</p> <p><u>18歳未満</u></p> <p><input type="checkbox"/>代謝性疾患がある方</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍がある方</p> <p><input type="checkbox"/>膠原病がある方</p> <p><input type="checkbox"/>内分泌疾患がある方</p> <p><input type="checkbox"/>消化器疾患がある方</p>
--	---