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　□同居の親族

□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 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 性別 | 男性　女性 |
| 申請理由 | | □18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している  （裏面の「４回目接種の対象者となる理由」を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　□１回接種　□２回接種　□３回接種　□４回接種 | | | | |
| 接種履歴 | | 接種年月日 | | 接種時点で住民登録のあった市区町村 | | |
| １回目 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 都道　　　　　　　市区  府県　　　　　　　町村 | | |
| ２回目 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 都道　　　　　　　市区  府県　　　　　　　町村 | | |
| ３回目 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 都道　　　　　　　市区  府県　　　　　　　町村 | | |
| ４回目 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 都道　　　　　　　市区  府県　　　　　　　町村 | | |

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

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 |  | |
| 4回目接種の対象者となる理由  ※4回目接種用接種券を希望する方のみ記入してください。 | □60歳以上である  □18歳以上60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。**  □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（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）  □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（※１）、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（※１）場合）  □18歳以上60歳未満であるが、ＢＭＩが30以上である  □18歳以上60歳未満であるが、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  □18歳以上60歳未満の医療従事者等である  □18歳以上60歳未満の高齢者施設等の従事者である | | | | | |

※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。

【注意事項】

１　接種券の交付は、接種状況の確認に時間がかかる場合があります。

２　申請には接種済証等接種事実が確認できる書類（未接種の場合を除く）、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。