【18歳以上用】

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

長南町長　宛

申請者

住所　　〒

電話番号

被接種者との続柄　　□本人　□同一世帯員　　□その他（　　 　　）

**※オミクロン株対応ワクチンの接種について**

**〇令和5年５月から8月末まで（令和5年春開始接種）**

**65歳以上の方や基礎疾患を有する方その他重症化リスクが高いと認められる方及び医療機関・介護施設等の従事者については、1回の接種が可能です。（※令和5年5月7日までに1回接種している場合は、2回目として接種が可能です。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請する接種券 | □ 1・2回目 | □ 3回目 | □ 4回目 | □ 5回目 | □ 6回目 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  | □申請者  と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | 〒 |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日 | |
| 送付先住所 | | □申請者と同じ |  |
| 申請理由 | | □接種券が届かない　□接種券の紛失･破損  □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  □転入（※転入の方は接種記録が確認できるものを添付してください。）  □令和５年度春開始接種に該当　□その他（　　　　　　 　　　　　　） | |
| 直近の接種時の  住民票登録市区町村名  ※転入の方はご記入ください。 | | 都・道・府・県　　　　　　　　市・区・町・村 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **前回接種状況**  ※直近の接種内容を記入してください。  ※接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを添付される方は、本欄は**記入不要**です。  **なお、転入者については、記載の有無に関わらず、接種済証・接種記録書・接種証明書のいずれかの写しを必ず添付してください。** | **①接種回数：** 未 ・ 済 （　　　　回目接種）  **②接 種 日：**（　　　　　　年　　　月　　　日 ）  **③種　　類：**□ファイザー（従来型）  □ファイザー（オミクロン株対応）  □小児用ファイザー（従来型）  □小児用ファイザー（オミクロン株対応）  □モデルナ（従来型）  □モデルナ（オミクロン株対応）  □ノババックス  □その他（　　　　 　　 　） |
| 令和5年度春開始接種の対象となる理由  ※右記のいずれかの理由に該当するものがない場合、令和5年度春開始接種の対象となりません。 | □65歳以上である  □65歳未満であるが、以下の病気や状態で、通院／入院している  　※以下のうち、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）  □65歳未満であるが、BMIが30以上である  □65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  □65歳未満であるが、医療機関、高齢者・障害者施設等の従事者である |

【職員記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付（確認書類） | | | 作成 | 確認 | 交付 | | | 実績登録 |
|  |  | 接種済証の写し |  |  |  |  | 郵送 |  |
|  | 接種記録書の写し |
|  | 窓口 |
|  | 接種証明書の写し |