接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【令和５年春開始接種用】

**※令和５年春接種は、２～５回目接種を受けてから３か月以上経過した方のうち、**

**65歳以上の方、基礎疾患がある５～64歳の方、医療従事者等が対象です。**

令和５年　　月　　日

大淀町長宛

申請者

 住所　　〒

　奈良県吉野郡大淀町

 電話番号

被接種者との続柄　　□本人　□同一世帯員　　□その他（　　 　　）

**※　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がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □５～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で令和５年春開始接種を希望している□医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である□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（　　　　　　　　　　　　　 　） |

（裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和５年春開始接種の対象者となる理由 | □65歳以上である　□５歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している　　（※１）の下記の該当するものにチェックしてください。□５歳以上65歳未満であり、別紙の基礎疾患はないが、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65歳未満であるが、BMIが30以上である□65歳未満の医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である |
| 【　　】回目接種状況※前回の接種回数（２～５）を数字で記入してください。※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は**記入不要**です。※再発行の方は**記入不要**です。※分かる範囲で記入してください。 | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日**②ワクチン種類：**□ファイザー（12歳以上用／従来型）　　　　　　　　□ファイザー（12歳以上用／オミクロン株対応２価）□ファイザー（５～11歳用／従来型）□ファイザー（５～11歳用／オミクロン株対応２価） □ファイザー（生後６か月～４歳用）□モデルナ（従来型）□モデルナ（オミクロン株対応２価）□武田（ノババックス）□アストラゼネカ□その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　）**③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**□市町村の会場や医療機関、職域会場での接種（接種券を送ってきた市町村名：　　　　　　　　　　　　　　）□その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（※２）　**※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。** |

（※１）令和５年春開始接種の対象となる疾患

**※該当するものにチェックしてください。**

**※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。

【18歳以上の方は次の疾患のうち該当するものにチェック】

□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　　　　　　　□病気や治療による免疫機能の低下

□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　　□染色体異常

□血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く）

□インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病　□睡眠時無呼吸症候群

□重い精神疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□知的障害

【18歳未満の方の場合は次の疾患のうち該当するものにチェック】

□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　　　　　　　□病気や治療による免疫機能の低下

□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　　□染色体異常

□血液の病気　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□代謝性疾患（糖尿病を含む。）

□悪性腫瘍　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□膠原病

□内分泌疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□消化器疾患