

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

千代田町長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

※被接種者が18歳未満の場合は、保護者の方が申請者となります。

下記のとおり接種券等の発行を申請します。

記

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	生年月日	年 月 日			
	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種		<input type="checkbox"/> ____回接種済	
	申請種別	<input type="checkbox"/> 乳幼児用接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用接種券	<input type="checkbox"/> ____回目用接種券	
	申請区分	<input type="checkbox"/> 生後6か月～4歳である（乳幼児）		<input type="checkbox"/> 5～11歳である（小児）	
		<input type="checkbox"/> 12～64歳である		<input type="checkbox"/> 65歳以上である	
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 医療従事者・高齢者施設等の従事者(裏面記入) <input type="checkbox"/> 予診のみで使用 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 5～64歳で基礎疾患がある(裏面記入) <input type="checkbox"/> その他（ ）				
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
接種場所について	<input type="checkbox"/> 町の会場で接種したい <input type="checkbox"/> かかりつけの病院で接種予定 <input type="checkbox"/> 勤務先で接種予定 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

【健康子ども課記入欄】

受付日	令和 年 月 日	交付日	令和 年 月 日
処理方法	<input type="checkbox"/> 郵送【対応者 _____】		<input type="checkbox"/> 窓口交付【対応者 _____】
備考	<input type="checkbox"/> 台帳記入		

最新の接種状況をご記入ください。

※再発行の方、未接種の方、接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は記入不要です。

____回目 接種状況	接種日	年	月	日
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> 従来型ファイザー	<input type="checkbox"/> オミクロン株対応ファイザー	
		<input type="checkbox"/> 従来型モデルナ	<input type="checkbox"/> オミクロン株対応モデルナ	
	<input type="checkbox"/> 武田社ワクチン(ノババックス)			
	<input type="checkbox"/> 小児用従来型ファイザー	<input type="checkbox"/> 小児用オミクロン株対応ファイザー		
	<input type="checkbox"/> 乳幼児用ファイザー	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
	接種の方法	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (使用した接種券の市町村名: _____)		
		<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)		

※小児用は5～11歳、乳幼児は生後6か月～4歳を指します。

春開始接種の5～64歳の対象者の方は、該当する項目をご選択ください。

<input type="checkbox"/> 医療従事者・介護施設等の従事者。	
<input type="checkbox"/> 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方	
《18歳未満の場合》 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患・神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝性疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患・肝疾患等 <input type="checkbox"/> 先天性免疫不全症候群、HIV感染症その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態 <input type="checkbox"/> その他の小児領域の疾患(高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害)	《18歳以上の場合》 <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病(高血圧を含む。) <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <input type="checkbox"/> 免疫機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方
<input type="checkbox"/> その他重症化リスクが高いと医師が認める方	

※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。