

# 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

加須市長 宛

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（ ）

私は、下記に該当するため、接種（クーポン）券の送付を申請します。

希望する接種券		<input type="checkbox"/> 初回接種用〔乳幼児(生後6か月～4歳)・小児(5～11歳)・大人(12歳以上)〕 <input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種用（※初回接種を完了している生後6か月以上の方が対象）	
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（ 歳 か月）※12歳以上の場合は年齢のみ	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
申請理由 ※複数回答可		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 基礎疾患（※1裏面参照）に該当する <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"/> 令和5年秋開始接種を希望している <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【 】回目 接種状況  ※最後に接種した回数を 御記入ください	接種日	年 月 日	
	ワクチン 種類	<input type="checkbox"/> 従来型ファイザー（12歳以上・5～11歳・6か月～4歳） <input type="checkbox"/> オミクロン株対応ファイザー（12歳以上（BA1、BA4/5）・5～11歳） <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（BA1、BA4/5） <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <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 接種券を送ってきた市町村名： <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）（※2 裏面参照） ※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。	

## 【市記入欄】

申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 健康医療推進課 <input type="checkbox"/> 総合支所（ <input type="checkbox"/> 騎西 <input type="checkbox"/> 北川辺 <input type="checkbox"/> 大利根） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 健康医療推進課 <input type="checkbox"/> その他（ ）
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口（交付日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 郵送（郵送日 年 月 日）
交付場所	<input type="checkbox"/> 健康医療推進課 <input type="checkbox"/> 総合支所（ <input type="checkbox"/> 騎西 <input type="checkbox"/> 北川辺 <input type="checkbox"/> 大利根） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 健かる <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> 予約開放 あり・なし	
受付者	確認者

※1

基礎疾患等	
18歳以上の方の場合	17歳以下の方の場合
<p>(1) 以下の病気や状態の方で、通院/入院をしている方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性性の呼吸器の病気 ・慢性の心臓病（高血圧を含む。）</li> <li>・慢性の腎臓病 ・慢性の肝臓病（肝硬変等）</li> <li>・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</li> <li>・血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</li> <li>・免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）</li> <li>・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</li> <li>・免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</li> <li>・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（呼吸障がい等）</li> <li>・染色体異常</li> <li>・重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した状態）</li> <li>・睡眠時無呼吸症候群</li> <li>・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）や知的障がい（療育手帳を所持している（※）場合）</li> </ul> <p><small>（※）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。</small></p> <p>(2) BMI 30以上を満たす方</p>	<p>以下の病気や状態の方で、通院/入院をしている方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性呼吸器疾患</li> <li>・慢性心疾患</li> <li>・慢性腎疾患</li> <li>・神経疾患・神経筋疾患</li> <li>・血液疾患</li> <li>・糖尿病・代謝性疾患</li> <li>・悪性腫瘍</li> <li>・関節リウマチ・膠原病</li> <li>・内分泌疾患</li> <li>・消化器疾患・肝疾患等</li> <li>・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</li> <li>・その他の小児領域の疾患等</li> </ul> <p>（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障がい）</p>
新型コロナウイルス感染症にかかった場合、重症化リスクが高いと医師に認められた方	

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナ
- ・ワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・海外での接種・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種