

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

おおい町長 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（ ）

※ 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	<small>ふりがな</small> 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	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <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"/> その他（ ）	
転入の場合のみ記入		マイナンバー：	転入前自治体：
前回の接種状況		【 】 回目接種（ 【 】 内に前回の接種回数を数字で記入してください） 接種日： _____ 年 月 日	

初回（1・2回目）接種を完了している方は
裏面もご記入ください

<p>令和5年春開始接種の対象となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 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（※） ※以下の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない→春開始接種の対象ではありません。9月以降、接種対象者になった場合に接種券を郵送します。</p>
--------------------------	--

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