

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 年 月 日

古賀市長宛

※春開始接種は、初回接種(1・2回目)が終了し、前回接種(2～5回目)から3ヶ月以上経過した人のうち、下記の③に該当する人が対象となります

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 ( )

①被接種者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票記載住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	生年月日	(西暦) 年 月 日	
②送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	※接種券は被接種者の住民票記載の住所に送付します。 送付先を変更する場合は別途手続きが必要です。
③接種対象となる理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患がある等(5歳～64歳) <input type="checkbox"/> 医療従事者等または高齢者施設等従事者(64歳以下)		
④該当する基礎疾患等 右記のうち、該当する <input type="checkbox"/> に✓を してください  ※右記のいずれかに該当する 基礎疾患があり、春開始接種を 希望する5歳～64歳のみ  ※基礎疾患等に該当するかに ついては主治医等にご相談 ください。  ※診断書等は不要です。 なお、ワクチン接種の可否を最終 的に判断するのは、接種時に予診 を行う医師となります。 届出内容と実際の症状等が異なる 場合、接種を受けられないこと があります。	共通項目 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 ※18歳以上の方で共通項目に該当がなく下記に該当する方 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く) <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障がい ※18歳未満の方で共通項目に該当がなく下記に該当する方 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患(糖尿病を含む。) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 上記以外 <input type="checkbox"/> BMIが30以上である ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) <input type="checkbox"/> 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		
⑤【 】回目接種状況	・接種日： 年 月 日 ・ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> オミクロン株ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> オミクロン株モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )		