新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書【令和5年春開始接種用】

**※初回接種（1･2回目）以上の接種をしていて、前回接種から3か月以上経過した方のうち、5歳～**

**64歳までの方で　①基礎疾患を有する方（推奨）　　②医療従事者・福祉施設等従事者の方　が対象です。**

令和　　年　　月　　日

佐用町長　様

申請者　お

住　所　〒

　兵庫県佐用郡佐用町

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 | お名前  なまえ | □申請者  と同じ |  | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | 〒  兵庫県佐用郡佐用町 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 接種券番号 |  |
| 送付先住所 | | □申請者と同じ |  | | |
| 申請理由 | | □5歳～65歳未満であるが、裏面の基礎疾患があり通院しており、令和５年春開始接種を希望している。※裏面に該当する基礎疾患にレ点を入れてください。  □5歳～65歳未満であり、裏面の基礎疾患はないが、重症化リスクが高いと医師に認められた。  □医療施設、高齢者施設、障がい者施設等の従事者である。  　医療機関・施設　名称  　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　電話  □精神障害者保健福祉手帳、または療育手帳を所持している  □18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である。  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　） | | | |
| これまでの接種状況  ※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄の記入不要です。  ※わかる範囲でご記入ください。 | | ①これまでの接種回数（　　　　　）回目  ②前回の接種日（　　　年　　月　　日　）  ③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／オミクロン型対応2価）  　　　　　　　　□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：　　　　　　　　　　　　　　　）  ④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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | | | |
| 基礎疾患  ※１　表面の「申請理由」で基礎疾患を選択されたかたのみご記入ください。 | | 【１８歳未満の場合】  □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 | | | |
| 【１８歳以上の場合】  □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また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　　　□知的障がい | | | |

佐用町健康福祉課へ直接提出いただくか、ＦＡＸ：０７９０（８２）０１４４　へ送付してください。