（送信票不要） 　　長島町　町民保健課　保健予防係

0996-86-2155（課内直通）

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（代理申請）】

注１：令和５年春開始接種は、前回の接種（２～５回目）を受けてから３か月以上経過した方のうち、

65歳以上の方、基礎疾患がある５～64歳の方、医療従事者等が対象です。

注2：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

令和　　年　　月　　日

長島町長宛

代理申請を行う施設等の

担当者

 住所　　〒

 電話番号

**〇接種券の代理申請を行います。接種券は（　　　施設　　　・　　　本人の自宅　　　）宛に発送してください。**

**〇従事者に関するワクチン接種は，施設等（自院もしくは提携する医療機関）で（　　　行います　　　・　　　行いません　　　）。**

※従事者のワクチン接種を施設で行わない場合は，住所欄に本人の連絡先（携帯番号）もご記載ください。

代理して申請を行う被接種者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 住民票に記載の住所 | 生年月日 | 申請理由（選択） | 対象となる理由（選択）※１ | 前回接種の回数・日付※２ |
| （記入例） | ●●　●● | ●●年●●月●●日 | ① | ②　ア | ●回目（●●年●●月●●日） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※１　対象となる理由が②の場合、合わせてＡからＰを選択し、記入すること。

※２　可能な限り記載。

申請理由：①５～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、令和５年春開始接種を希望している

②医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である

③接種券が届かない

④接種券の紛失･破損

⑤転入

⑥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

対象となる理由：

①65歳以上である

②５歳以上65歳未満であるが、下記に掲げる基礎疾患があり通院／入院している。

　※　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、通院又は入院していない場合でも対象となります。

③５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

④18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である

⑤65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

|  |  |
| --- | --- |
| 18歳未満の場合 | 18歳以上の場合 |
| ア．慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気イ．病気や治療による免疫機能の低下ウ．神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下エ．染色体異常オ．血液の病気カ．代謝性疾患（糖尿病を含む。）キ．悪性腫瘍ク．膠原病ケ．内分泌疾患コ．消化器疾患 | サ．慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気シ．病気や治療による免疫機能の低下ス．神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下セ．染色体異常ソ．血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く）タ．インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病チ．睡眠時無呼吸症候群ツ．重い精神疾患テ．知的障害 |