接種券発行申請書

□私は、5歳～64歳で基礎疾患等があり、接種対象となるので接種を希望します

□私は、　医療従事者　　高齢者施設等介護従事者　　なので接種を希望します

令和　　年　　月　　日

比布町長宛

申請者

住所　　〒

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 |  | □申請者  と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | 〒 |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | |
| 送付先住所 | | □申請者と同じ |  |

（裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和５年春開始接種の  対象者となる理由 | □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（※１）  　　※別紙の疾患のうち、該当するものがあるか確認してください。  □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  □18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である  □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 |
| 【　　】回目接種状況  ※前回の接種回数（２～５）を数字で記入してください。 | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②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／オミクロン株対応２価）  □ファイザー（生後6か月～4歳用）  □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：　　　　　　　　　　　　　）  **③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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（※２）  **※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。** |

※１　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。

※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

・製薬メーカーによる治験等としての接種

・海外での接種

・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