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】【　回目】

対象者

※2～5回目接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、

下記に該当する方

・65歳以上の方 ・基礎疾患がある5～64歳の方　・医療従事者等

令和　　年　　月　　日

松原市長　様

（フリガナ）

申請者　氏名

住所　　　〒

電話番号

被接種者との続柄　□本人　□同一世帯　□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は廃棄して下さい。

（裏面につづく）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名（フリガナ） | | □申請者  と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | | □申請者  と同じ | （　　 　歳 ） |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 接種状況 | | □未接種　　　　□　　　回目接種済 | |
| 送付先住所 | | □申請者  と同じ |  | |
| 申請理由 | | □春開始接種対象の5歳～64歳の基礎疾患がある方・医療従事者等（裏面記入）  □接種券が届かない　□松原市で発行された接種券の紛失・破損　□転入  □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  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 回目  接種状況 | | ①接種日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日  ②ワクチン種類：□従来型ファイザー □オミクロン株対応ファイザー  　　　　　　　□従来型モデルナ □オミクロン株対応モデルナ  　　　　　　　□武田社ワクチン(ノババックス) □小児用従来型ファイザー  　　　　　　　□小児用オミクロン株対応ファイザー  　　　　　　　□乳幼児用ファイザー □その他（ 　 　 ）  ③接種の場所：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

**春開始接種の５歳～64歳の対象者は、該当する項目をご選択ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①５歳以上64歳以下であるが、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。  ②５歳以上64歳以下であり、下記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  ③18歳以上64歳以下であるが、BMIが30以上である  ④64歳以下の医療施設、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＞**  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 | **＜18 歳以上の場合＞**  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 |

〈必要添付書類〉　　◆ 本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)のコピー

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＋

◆ お持ちの方は、以下のいずれかの接種記録のわかる書類のコピー

・ 直近の接種済証(接種券付属の物)

お持ちの方は

いずれか1つのコピー

・ 直近の接種記録書

・ コロナワクチン接種証明書

・ 前住所の自治体で発行された直近の接種券

※海外で接種した方は、接種地で発行された接種証明書が**必須**