（施設申請用）

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

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

桂川町長宛

代理申請を行う施設等の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者

住所　　〒

電話番号

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）※1 | 基礎疾患  （選択）※2 | 前回接種の回数・日付  ※3 |
| （記入例） | ●●　●● | ●●年●●月●●日 | ① | ア | ●回目（●●年●●月●●日） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※１　申請理由は別紙申請理由①～⑤より選択してください。

※２　基礎疾患は別紙令和５年春開始接種の対象となる疾患ア～テより選択してください。

※３　被接種者の前回の接種日が確認できる書類（お持ちでない場合は本人確認書類）の添付が必要です

別紙

申請理由①基礎疾患がある等の理由で、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接種券の紛失･破損

④転入

⑤その他

令和５年春開始接種の対象となる疾患

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |