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】

**※令和５年春接種は、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、**

**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。**

令和　　　年　　　月　　　日

富士見市長宛

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（　　 　　）

**※　転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された未使用の接種券がお手元にある場合、**

**その接種券は廃棄してください。**

**※65歳未満の方の自己申告や紛失・破損、予診のみで使用した場合、上記は提出不要です。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 接種状況 | □２回接種済　□3回接種済　□4回接種済　□5回接種済 |
| 申請理由 | □５～64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□医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である□接種券が届かない　□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）のみで使用した□その他（　　　　　　　　　　　　　 　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 必要書類**(転入された方のみ)** | * 現住所が記載された本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し
* これまでの接種記録がわかるもの（接種済証、接種記録書、接種証明書等）の写し
 |

（裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和５年春開始接種の対象者となる理由 | □65歳以上である　□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）　　※下記表の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。□５歳以上65歳未満であり、下記表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 |
| **基礎疾患等がある方や重症化リスクが高いと認めたられた方は医師名または****医療機関名を、医療従事者や高齢者施設等の従事者は勤め先の医療機関名****または施設名等を記入しください。**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【　　】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：**　令和　　　　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：　　　　　　　　　　　　　）※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、 本欄は**記入不要**です。※再発行の方は**記入不要**です。 |

※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。

|  |
| --- |
| 令和５年春開始接種の対象となる疾患　※該当するものにチェックをつけてください。 |
| 【18歳以上の方】□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又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□知的障害 | 【18歳未満の方】□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 |

お問い合わせ先

富士見市健康増進センター　ワクチン接種コールセンター

TEL：０４９－２５２－０７７７・０４９－２５２－０８８８