

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 氏名 _____

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。

被接種者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
接種状況	<input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済 <input type="checkbox"/> 5回接種済				
申請理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

必要書類 (転入された方のみ)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
--------------------	---

※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。

(裏面につづく)

令和5年春開始接種の対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上である <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 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てください。
【　】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。	<p>①接種日：<u>令和　　年　　月　　日</u></p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用／従来型） <input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用／オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用／従来型） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用／オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳用） <input type="checkbox"/> モデルナ（従来型）<input type="checkbox"/> モデルナ（オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス）<input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（具体的に：　　）</p> <p>※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<u>記入不要</u>です。 ※再発行の方は<u>記入不要</u>です。</p>

※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】	【18歳未満の方】
<input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く） <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患（糖尿病を含む。） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膜原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 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