**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年春開始接種対象者は以下のとおりです。**

1. **６５歳以上 ② ５～６４歳までの基礎疾患があり入院/通院されている方**

**③ 医療従事者もしくは高齢者施設等従事者**

令和　　年　　月　　日

仙北市長　様

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（　　 　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **接種を受ける方** |  | □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 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| **１． 申請理由** | □5～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、春開始接種を希望している（裏面「2,3」へ）□64歳以下の医療従事者等である□64歳以下の高齢者施設等の従事者である（裏面「2」へ）□65歳以上だが接種券が届かない　□接種券の紛失･破損、もしくは医療機関で接種せずに「予診票」のみ使用した□その他（　　　　　　　　　　　　　 　）（裏面につづく） |

**２．ワクチン接種状況**

接種済証、接種記録書等の写しを提出される方、再発行申請の方は記入不要です。

接種回数については、あてはまる回数に**〇印**を記入してください。

|  |
| --- |
| **①最終接種日・接種回数：**　　　　年　　　月　　　日（未接種・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ 回接種済）**ワクチン種類：□**ファイザー **□**オミクロン株ワクチン（ファイザー） **□**モデルナ **□**オミクロン株ワクチン（モデルナ） **□**小児ファイザー **□**オミクロン株ワクチン（小児ファイザー） **□**乳幼児ファイザー 　　　　　**□**その他（ワクチン名：　　　　　　　　）**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□その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【例】海外で接種を受けた　等**※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。** |

**３．基礎疾患の種類**

　表面の申請理由で「5～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、春開始接種を希望している」を選択した方は、下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。

（裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| **5歳以上17歳以下の方の基礎疾患** | **18歳以上64歳以下の方の基礎疾患** |
| □慢性呼吸器疾患　□慢性心疾患□慢性腎疾患□神経疾患・神経筋疾患　□血液疾患□糖尿病・代謝性疾患□悪性腫瘍□関節リウマチ・膠原病　□内分泌疾患　□消化器疾患・肝疾患　□先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態　□その他の小児領域の疾患等　（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害　等） | □慢性の呼吸器の病気　□慢性の心臓病（高血圧を含む。）□慢性の腎臓病　□慢性の肝臓病（肝硬変等）□インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病□血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）　□免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）　□ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている□免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患　□神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）　□染色体異常　□重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）　□睡眠時無呼吸症候群　□重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している（※）、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している（※）場合）□BMIが30以上である□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。※　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。 |