

18歳以上の方用

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】

※初回（1・2回目）接種を終了した方のうち、
65歳以上の方、基礎疾患がある18～65歳未満の方等が対象です。
（前回接種から3か月以上経過している必要があります）

令和 年 月 日

勝山市長宛

申請者 ふりがな 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（ ）

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 18～65歳未満であるが、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（裏面の理由を記入してください） <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（ ）	

※ 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。

※ 勝山市の未使用接種券をお持ちの方は、その接種券を使用することができます。

（裏面につづく）

<p>「令和5年度春開始接種」の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18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</p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む。）</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>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（※1）、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（※1）場合）</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上65歳未満であるが、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</p>
<p>前回の接種状況</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>①接種状況</p> <p><input type="checkbox"/>1回接種済 <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</p> <p>②前回接種日： _____年 _____月 _____日</p> <p>③前回接種したワクチンの種類： _____</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。