

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 年 月 日

春日部市長宛

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	^{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	〒 春日部市
	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"/> 5歳以上65歳未満であるが、裏面の対象者に該当するため、令和5年春開始接種を希望している（裏面の該当するものにチェックしてください） <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	--

接種状況 ※最後に接種した状況を記入してください。 ※分かる範囲で記入してください。 ※次の場合は 記入不要 です。 ・再発行の方 ・接種済証、接種記録書または接種証明書 ^{の写し} を提出される方 ・1回も接種されていない方	①接種回数： _____ 回目接種済 ②接種日： _____ 年 月 日 ③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（ワクチン名： _____） ④接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場、自衛隊や都道府県の大規模接種会場（接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（以下の該当するものにもチェックしてください） <input type="checkbox"/> 海外での接種 <input type="checkbox"/> 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種 <input type="checkbox"/> 在日米軍による接種 <input type="checkbox"/> 製薬メーカーによる治験等としての接種 <input type="checkbox"/> 上記以外の方法による接種（具体的： _____）
---	---

（裏面もご確認ください）

【5歳以上65歳未満の方のみ以下にチェックをしてください】

<p>令和5年春開始接種の 対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満で、基礎疾患があり、通院/入院している※1</p> <p>→【18歳以上の方は次の疾患のうち該当するものにチェック】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>→【18歳未満の方の場合は次の疾患のうち該当するものにチェック】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 代謝性疾患（糖尿病を含む。） <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <p><input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満で、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><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"/> 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</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。

【申請に必要なもの】

- ① 本申請書
- ② 本人確認できるもの（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど）の写し
- ③ 接種した回数分の接種履歴の確認がとれる書類（接種済証または接種記録書等）の写し

【申請先】

〒344-8577 埼玉県春日部市中央六丁目2番地
春日部市役所 新型コロナウイルスワクチン接種担当 宛