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年春開始接種は、65歳以上の方、5歳以上の基礎疾患※1がある方・医療従事者等が対象です。**

※転入者の方で接種を希望される場合、本市の接種券が必要です。熊本市公式ＨＰに掲載している接種券発行申請書（転入者用）で申請してください。転入前の接種券に付属している接種済証は大切に保管ください。

令和　　年　　月　　日

熊本市長　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（　　 　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | |
| 送付先住所 | | □申請者と同じ |  |
| 発行を希望する接種券 | | （1つのみ選択）  　□3回目接種券　□4回目接種券　□5回目接種券　□6回目接種券 | |
| 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  □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（　　　　　　　　　　　　　 　） | |
| 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  □５～64歳であるが、基礎疾患※1があり、通院／入院している  □５～64歳であり、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  □18～64歳であるが、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 | |
| 【　　】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：**　　　　　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：　　　　　　　　　　　　　）  **③接種券の発行市町村：**　　　　　　　　 都・道府・県 　　　　　　　　　 市・区町・村 ）  ※海外接種の場合は接種した国を記載してください。（国名：　　　　　　　） | |

（添付資料）　・本人確認書類の写し（※裏面に新住所等記載がある場合は裏書含む）

・【お持ちの方のみ】接種済証等接種記録を証する資料の写し

※１　令和５年春開始接種の対象となる基礎疾患

【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

【5～17歳の方】

・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

**※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。**