

## 【令和5年 春開始接種（5月8日～8月31日）】

### 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書について

新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化予防を目的とし、国の新型コロナワクチン追加接種実施方針に基づき、接種を実施いたします。

**基礎疾患を有する方や医療従事者等の方**で接種を希望される方は、村へ申請が必要になります。希望される方は、裏面の申請書に記入のうえ下記の提出場所へ **5月19日（金）**までに提出してください。

#### 【申請対象者】

<p>① 12～64歳の方で基礎疾患を有する方、その他重症化リスクが高いと医師が認める方</p> <p>② 医療従事者等</p>	<p>申請書をご提出いただいた方へ、接種券を発行します。</p> <p>「天栄村集団接種会場」および「村内医療機関」での接種を希望される方は、予約をお取りいたしますので、申請時に職員へお声がけください。</p> <p>また、村外医療機関等での接種を希望される方は、直接医療機関等へ予約をお取りください。</p>
--	---

#### ○重症化リスクの高い基礎疾患を有する者の範囲について

※裏面「接種の対象となる理由」を参照

#### 【申請書提出場所・持ち物】

提出場所	<ul style="list-style-type: none"><li>・天栄村健康保健センター（へるすぴあ）</li><li>・湯本支所</li></ul>
持ち物	<ul style="list-style-type: none"><li>・申請書</li><li>・本人確認できるもの</li><li>・接種済証(最後に交付された接種済証)</li></ul>

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

天栄村長宛

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  同居の家族  その他( ) \_\_\_\_\_

私は、接種券の発行を希望しますので、下記のとおり申請します。

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"/> 12～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、追加接種を希望している <input type="checkbox"/> 医療機関、高齢者・障がい者施設等の従事者である	

最終接種状況	①最終接種日	回目 / 年 月 日
	②ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用) <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> 小児用ファイザー <input type="checkbox"/> オミクロン株対応ワクチン:ファイザー <input type="checkbox"/> オミクロン株対応ワクチン:モデルナ
	③接種方法	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を送ってきた市町村名: _____) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)(※) ※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。 1. 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 2. 在日米軍による接種 3. 製薬メーカーによる治験等としての接種 4. 海外での接種 5. 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種
※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。		

接種の対象となる理由	①18歳以上の方で、基礎疾患があり、通院/入院 <input type="checkbox"/> している ※下記の疾患にチェックしてください。	②18歳未満の方で、基礎疾患があり、通院/ <input type="checkbox"/> 入院している ※下記の疾患にチェックしてください。
	<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。) <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等) <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 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <input type="checkbox"/> 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。) <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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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) <input type="checkbox"/> 染色体異常 <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) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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)	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患・神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝性疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ、膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患、肝疾患等 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他の小児領域の疾患(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)
	<input type="checkbox"/> BMI30以上の方 (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) <input type="checkbox"/> その他重症化リスクが高いと医師に認められた方	

接種(予定)会場  天栄村集団接種会場 または 村内医療機関 (接種会場: \_\_\_\_\_ 日時: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )  
 村外医療機関やその他の会場( \_\_\_\_\_ )