


接種券・接種済証 発行申請書（新型コロナウイルスワクチン接種）

必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目	<input type="checkbox"/> 5回目	<input type="checkbox"/> 6回目	<input type="checkbox"/> 7回目
対象者	生後6か月以上	①令和5年春開始接種（5～8月）の対象者 <input type="checkbox"/> 65歳以上  所属施設（ ） <input type="checkbox"/> 5～65歳未満（ <input type="checkbox"/> 基礎疾患等/ <input type="checkbox"/> 医療機関・高齢者施設等従事者） ②小児用オミクロンワクチン接種（3～8月）の対象者 <input type="checkbox"/> 小児用オミクロンワクチンを未接種の5～11歳				

あきる野市長 殿 令和 年 月 日

申請者 <sup>ふりがな</sup> 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	〒
	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"/> 転入 <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 ( )		
【転入者のみ】前住所	都・道・府・県		区・市・町・村

P：ファイザー M：モデルナ P<sub>オミ</sub>：オミクロン対応ファイザー M<sub>オミ</sub>：オミクロン対応モデルナ

回数		接種日	ワクチン種類	接種場所
1回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	
2回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	
3回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	
4回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	
5回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	
6回目	未接種・済	年 月 日	P・M・P <sub>オミ</sub> ・M <sub>オミ</sub> ・他	

～ 裏面もお読みください ～

令和5年春開始接種の対象となる項目一覧表（該当する項目に○を付けてください。）

- A. 65歳以上である
- B. 18歳以上65歳未満であるが、基礎疾患（次の①～⑯のいずれか）があり、通院／入院している
- ①慢性の呼吸器の病気
  - ②慢性の心臓病（高血圧を含む。）
  - ③慢性の腎臓病
  - ④慢性の肝臓病（肝硬変等）
  - ⑤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
  - ⑥血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
  - ⑦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。）
  - ⑧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
  - ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
  - ⑩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）
  - ⑪染色体異常
  - ⑫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）
  - ⑬睡眠時無呼吸症候群
  - ⑭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）
  - ⑮重い知的障害（精神障がい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、通院又は入院していない場合でも、基礎疾患のある方に該当します。）
  - ⑯BMIが30以上（BMI＝体重kg÷身長m÷身長m）※通院／入院を問わない。
- C. 5歳以上18歳未満であるが、基礎疾患（次の1～12のいずれか）があり、通院／入院している
- 1. 慢性呼吸器疾患    2. 慢性心疾患    3. 慢性腎疾患    4. 神経疾患・神経筋疾患
  - 5. 血液疾患    6. 糖尿病・代謝性疾患    7. 悪性腫瘍    8. 関節リウマチ・膠原病
  - 9. 内分泌疾患    10. 消化器疾患・肝疾患等
  - 11. 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
  - 12. 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）
- D. 5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
- E. 5歳以上65歳未満であるが、医療機関や高齢者施設等の従事者である

**A～Eのいずれの場合でも、診断書等の提出は不要です。**

市 処 理 欄（以下記入不要）

受付日	処理事項	本人確認書類	交付日
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 住民登録確認 <input type="checkbox"/> 接種券確認 <input type="checkbox"/> VRS確認 <input type="checkbox"/> 健康情報入力 <input type="checkbox"/> マース入力	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（                      ）	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
受付者	申請方法	添付書類	交付者
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書	