

申請書配布場所：

川棚町役場

受付番号

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【R5 年度春夏接種用】

※追加接種は、前回接種日から3か月以上経過した65歳以上の方、  
もしくは基礎疾患等があり接種が必要な18～64歳の方が対象です。

令和 年 月 日

川棚町長 様

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 ( \_\_\_\_\_ )

※ 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券がお手元にある場合、その接種券を添付してください。

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	昭和・平成・令和 年 月 日	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
マイナンバー			
申請理由	裏面のとおり		

☆川棚町では集団接種にて接種を行います。

(裏面につづく)

申請理由	<input type="checkbox"/> 5～64 歳だが、基礎疾患がある等の理由で、R5 春夏接種を希望している <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（ ）
本接種の対象となる理由	<input type="checkbox"/> 65 歳以上である <input type="checkbox"/> 5 歳以上 64 歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している ※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。 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <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、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場合）         </div> <input type="checkbox"/> 5 歳以上 64 歳未満であるが、BMI が 30 以上である <input type="checkbox"/> 5 歳以上 64 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 <input type="checkbox"/> 医療従事者および高齢者施設従事スタッフ
前回接種状況  ※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 <b>記入不要</b> です。 ※分かる範囲で記入してください。	①前回接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 川棚町の集団接種会場 <input type="checkbox"/> 医療機関、職域会場での接種：（具体的に： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）

本申請書の記入に関するお問い合わせは  
 川棚町役場 健康推進課健康増進係（82-5412）まで

確認欄	申請理由	接種日の希望等	確認者	処理欄	名簿	Box	受付票	V R S
	お薬手帳・							
	その他( )							