

- ・5～64歳の基礎疾患等がある方
- ・医療従事者等の方
- ・ときがわ町へ転入した方や接種記録の確認できない方

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】

令和 年 月 日

（あて先）ときがわ町長

申請者 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（ ）

以下の事項に同意し、接種券の発行を申請します。

①接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システムにおいて、ときがわ町がマイナンバー又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

②転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	☐ 申請者 と同じ	
	住民票に 記載の住所	☐ 申請者 と同じ	〒 ときがわ町
	生年月日	年 月 日	
送付先住所		☐ 申請者 と同じ	※送付先が確認できるものを添付してください。
申請理由		☐ 接種券が届かない ☐ 接種券の紛失・破損 ☐ 転入 ☐ 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（ ）	
接種券の種類		☐ 1・2回目用 ☐ 3回目用 ☐ 4回目用 ☐ 5回目用 ☐ 6回目用	
接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種証明書は提出される方は、本欄は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。	☐ 未接種	転入前の住民票登録市町村名： _____	
	☐ 1回目 接種済	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ その他（ ） ③接種時の住民票登録市町村名： _____	
	☐ 2回目 接種済	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ その他（ ） ③接種時の住民票登録市町村名： _____	
	☐ 3回目 接種済	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの接種： ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ その他（ ） ③接種時の住民票登録市町村名： _____	
	☐ 4回目 接種済	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ その他（ ） ③接種時の住民票登録市町村名： _____	
	☐ 5回目 接種済	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ その他（ ） ③接種時の住民票登録市町村名： _____	

【確認書類】被接種者の本人確認書類（代理人による申請の場合は、代理人の本人確認書類も必要）

【お願い】接種状況を確認するため、接種済証、接種記録書、接種証明書の写し等を添付してください。

令和5年春開始 接種の対象と なる理由	該当する項目に✓を記入してください。 ☐ 65 歳以上である ☐ 5 歳以上 17 歳以下であるが、以下の病気や状態であり、通院/入院している ※以下の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。 ☐ 慢性呼吸器疾患 ☐ 慢性心疾患 ☐ 慢性腎疾患 ☐ 神経疾患・神経筋疾患 ☐ 血液疾患 ☐ 糖尿病・代謝性疾患 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 関節リウマチ・膠原病 ☐ 内分泌疾患 ☐ 消化器疾患・肝疾患等 ☐ 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 ☐ 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） ☐ 18 歳以上 64 歳以下であるが、以下の病気や状態であり、通院/入院している ※以下の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。 ☐ 慢性の呼吸器の病気 ☐ 慢性の心臓病（高血圧を含む。） ☐ 慢性の腎臓病 ☐ 慢性の肝臓病（肝硬変等） ☐ 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 ☐ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） ☐ 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） ☐ 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 ☐ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 ☐ 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） ☐ 染色体異常 ☐ 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） ☐ 睡眠時無呼吸症候群 ☐ 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） ☐ 基準（BMI が 30 以上）を満たす肥満の方 ☐ 5 歳以上 64 歳以下で、新型コロナウイルス感染症にかかった場合、重症化リスクが高いと医師が認める方 ☐ 64 歳以下であるが、医療機関や高齢者施設等の従事者である
---------------------------	---

※自治体記入欄

受付日	受付方法	本人確認書類	接種状況確認	発行日	送付方法
/	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電話	☐ 免許 ☐ マイナンバー ☐ 保険証 ☐ 在留カード ☐ その他()	☐ 未接種 ☐ 1 回済 ☐ 2 回済 ☐ 3 回済 ☐ 4 回済 ☐ 5 回済	/	☐ 郵送 ☐ 窓口渡 ☐ その他 ()