

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（代理申請）】

注1：令和5年春開始接種は、前回の接種（2～5回目）を受けてから3か月以上経過した方のうち、

65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳の方、医療従事者等が対象です。

注2：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

令和 年 月 日

五戸町長 様

代理申請を行う施設等の名称

ふりがな

担当者 ふりがな
氏名

住所 〒

電話番号

※ 本申請書に、施設等の指定、許可、認可等を証する書類の写しを添付してください。

代理して申請を行う被接種者

氏名	住民票に記載の住所	生年月日	申請理由 (選択)	対象となる理由 (選択) ※ 1	前回接種の回数・日付 ※ 2
(記入例)	●● ●●	●●年●●月●●日	①	② ア	●回目 (●●年●●月●●日)

※ 1 対象となる理由が②の場合、合わせてア～テで該当するものを選択し、記入すること。

※ 2 可能な限り記載。

申請理由：① 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

②医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である

③接種券が届かない

④接種券の紛失・破損

⑤転入

⑥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

対象となる理由：

①65 歳以上である

② 5 歳以上 65 歳未満であるが、下記に掲げる基礎疾患があり通院／入院している。

※ 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、通院又は入院していない場合でも対象となります。

③ 5 歳以上 65 歳未満であり、別紙の基礎疾患はないが、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

④18 歳以上 65 歳未満であるが、BMI が 30 以上である

⑤65 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

18 歳未満の場合	18 歳以上の場合
ア. 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 イ. 病気や治療による免疫機能の低下 ウ. 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 エ. 染色体異常 オ. 血液の病気 カ. 代謝性疾患（糖尿病を含む。） キ. 悪性腫瘍 ク. 膠原病 ケ. 内分泌疾患 コ. 消化器疾患	サ. 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 シ. 病気や治療による免疫機能の低下 ス. 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 セ. 染色体異常 ソ. 血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く） タ. インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 チ. 睡眠時無呼吸症候群 ツ. 重い精神疾患 テ. 知的障害