**接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）**

※令和5年春接種は、2～5回目接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、

65歳以上の方、基礎疾患のある5~64歳の方、医療従事者・高齢者施設等の従事者が対象です。

令和　　年　　月　　日

佐久穂町長宛

申請者

　〒

 住所

 電話番号

 被接種者との続柄　　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　　　　　　　　）

　下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

　**(下記の事項をよくお読みの上、□にチェックしてください。)**

接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、佐久穂町が個人番号（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、被接種者が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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　（　　　　　　歳） |
| 送付先住所 | □申請者 | 〒 |
| と同じ |
| **最終接種状況**※　接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出する方、再発行の方は、本欄は**記入不要**です。□**未接種** | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日**②接種回数：** **１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　回済**（最終回数に〇してください）**③接種券発行市町村**　　　　　　都　道　　　　　　府　県　　　　　　　　市　町　村　区 |
| 申請理由 | □5~64歳で基礎疾患がある等　□重症化リスクが高いと医師が認定□65歳以上　□医療従事者・高齢者施設等の従事者（施設名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □接種券が届かない　□接種券の紛失・破損　□その他（　　　　　　　　　　　　）　　　　□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　□転入 |

※**申請書添付書類**は裏面（下部）をご確認ください。

（該当者のみ裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和5年春接種の対象者となる理由※申請理由で**「5~64歳で基礎疾患がある等」**を選んだ方のみチェックしてください。（複数選択可）※１　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、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。 | 　※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【18歳以上の方】　□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　□病気や治療による免疫機能の低下　□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　□染色体異常　□血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）　□インスリンや飲み薬で治療中または合併症のある糖尿病　□睡眠時無呼吸症候群　□重い精神疾患□BMIが30以上である□新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いと医師に認められた【18歳未満の方】　□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　□病気や治療による免疫機能の低下　□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　□染色体異常　□血液の病気　□代謝性疾患（糖尿病を含む）□悪性腫瘍□膠原病□内分泌疾患□消化器疾患 |

【申請書添付書類】

* 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポートなど）
	+ 本人以外の申請者（被接種者の本人確認書類の写し、及び申請者の本人確認書類の写し）
	+ 後見人等の申請者（その事実が確認できる書類等）
* 接種済証、接種記録書、接種証明書の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 対応 |
|  | □窓口発行□郵送 |

**接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）**

記入例

※令和5年春接種は、2～5回目接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、

65歳以上の方、基礎疾患のある5~64歳の方、医療従事者・高齢者施設等の従事者が対象です。

令和　　年　　月　　日

佐久穂町長宛

申請者

　〒**384-0697**

 住所　　　**佐久穂町大字高野町569**

 電話番号　　　**0267-86-2525**

確認しチェックしてください。

 被接種者との続柄　　**☑**本人　□同居の親族

□その他（　　　　　　　　　　　）

　下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

　**(下記の事項をよくお読みの上、□にチェックしてください。)**

**✓**

接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、佐久穂町が個人番号（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、被接種者が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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 生年月日 | 　　**1959**　　年　　**4**　　月　　**2**　　日　（　　**64**　　歳） |
| 送付先住所 | **☑**申請者 | 〒 |
| と同じ |
| **最終接種状況**※　接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出する方、再発行の方は、本欄は**記入不要**です。□**未接種** | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日**②接種回数：** **１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　回済**（最終回数に〇してください）**③接種券発行市町村**　　　　　　都　道　　　　　　府　県　　　　　　　　市　町　村　区 |
| 申請理由 | **☑**5~64歳で基礎疾患がある等　□重症化リスクが高いと医師が認定□65歳以上　□医療従事者・高齢者施設等の従事者（施設名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □接種券が届かない　□接種券の紛失・破損　□その他（　　　　　　　　　　　　）　　　　□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　□転入 |

※**申請書添付書類**は裏面（下部）をご確認ください。

（該当者のみ裏面につづく）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和5年春接種の対象者となる理由※申請理由で**「5~64歳で基礎疾患がある等」**を選んだ方のみチェックしてください。（複数選択可）※１　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、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。 | 　※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【18歳以上の方】　□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　**☑**病気や治療による免疫機能の低下　□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　□染色体異常　□血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）　□インスリンや飲み薬で治療中または合併症のある糖尿病　□睡眠時無呼吸症候群　□重い精神疾患□BMIが30以上である□新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いと医師に認められた【18歳未満の方】　□慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気　□病気や治療による免疫機能の低下　□神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下　□染色体異常　□血液の病気　□代謝性疾患（糖尿病を含む）□悪性腫瘍□膠原病□内分泌疾患□消化器疾患 |

申請書添付書類】

* 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポートなど）
	+ 本人以外の申請者（被接種者の本人確認書類の写し、及び申請者の本人確認書類の写し）
	+ 後見人等の申請者（その事実が確認できる書類等）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 対応 |
|  | □窓口発行□郵送 |

* 接種済証、接種記録書、接種証明書の写し