

生後6ヶ月～11歳用

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

森町長 殿

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（ ）

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	年 月 日（ 歳）	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 基礎疾患がある等の理由で、接種を希望している（裏面記入） <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（ ）	

（裏面につづく）

<p>前回接種状況</p> <p>※直近の接種内容を記入してください。</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを添付される方は、本欄は記入不要です。</p> <p>なお、転入者については、<u>記載の有無に関わらず、接種済証・接種記録書・接種証明書のいずれかの写しを必ず添付してください。</u></p>	<p>①接種回数： 未 ・ 済 （ _____ 回目接種）</p> <p>②接 種 日：（ _____ 年 月 日 ）</p> <p>③種 類：<input type="checkbox"/>小児用ファイザー（従来型）</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>小児用ファイザー（オミクロン株対応）</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>乳幼児ファイザー</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
--	--

◆「基礎疾患がある等の理由で接種を希望している」を選択した方は記入が必要です

<p>※以下のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>慢性呼吸器疾患</p> <p><input type="checkbox"/>慢性心疾患</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎疾患</p> <p><input type="checkbox"/>神経疾患・神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/>血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病・代謝性疾患</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/>関節リウマチ・膠原病</p> <p><input type="checkbox"/>内分泌疾患</p> <p><input type="checkbox"/>消化器疾患・肝疾患等</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>
