

# 新型コロナウイルスワクチン【令和5年春開始接種】申請書

※以下、太枠内に記入またはチェック☑を入れてください。

千歳市長 様

		①申請日		年	月	日
② 申請者	フリガナ 氏名			電話番号	※日中連絡可能な電話番号を記入 ( ) -	
	被接種者との 続柄	☐本人 ☐同一世帯員 ☐その他( )				
③ 被接種者	フリガナ 氏名	☐申請者と同じ場合はチェック☑を記入		生年月日 (西暦)	年	月 日
	接種券番号 (10ケタ)	※前回接種時の接種済証に記載の接種券番号を記入 ※転入された方や接種券番号が不明な方は記入不要		前回接種日 (接種回数)	年	月 日 ( 回目)
④申請理由		<p>該当する項目にチェック☑をつけてください。※該当のない方は、接種を受けられません。</p> <p>☐1.医療従事者等(重症化リスクの高い者が集まる場所においてサービスを提供する医療機関や高齢者施設、障害者施設等の従事者)</p> <p>☐2.基準(BMI 30以上)を満たす肥満 (BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m))</p> <p>☐3.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> <p>☐4.以下のいずれかにより通院／入院中 ※4に該当する場合は、下記いずれかの項目にチェックを入れてください。</p> <p><b>&lt;18～64歳&gt;</b></p> <p>☐慢性の呼吸器の病気                      ☐慢性の心臓病(高血圧を含む。)</p> <p>☐慢性の腎臓病                                ☐慢性の肝臓病(肝硬変等)</p> <p>☐インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又はほかの病気を併発している糖尿病</p> <p>☐血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)</p> <p>☐免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。)</p> <p>☐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</p> <p>☐免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p>☐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)</p> <p>☐染色体異常</p> <p>☐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)</p> <p>☐睡眠時無呼吸症候群</p> <p>☐重い精神疾患(精神疾患の治療のために入院している、精神障害者保健福祉手帳を保持している、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(療育手帳を保持している場合)</p> <p><b>&lt;5～17歳&gt;</b></p> <p>☐慢性呼吸器疾患                              ☐慢性心疾患                                      ☐慢性腎疾患</p> <p>☐神経疾患・神経筋疾患                      ☐血液疾患    ☐糖尿病・代謝性疾患</p> <p>☐悪性腫瘍    ☐関節リウマチ・膠原病                              ☐内分泌疾患</p> <p>☐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</p> <p>☐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>				
⑤接種券発行		<p>※未使用の接種券がお手元にある場合は、そちらをご使用いただけます。</p> <p>☐必要 → 「接種券」と「接種案内文書」を送付します。</p> <p>☐不要 → 「接種案内文書」を送付します。</p>				
<p>⑥「接種券」および「接種案内文書」の送付先(住民票の住所以外への送付を希望する場合のみ記入)</p> <p>※ 接種券は原則、住民票の住所に送付しますが、やむを得ない事情により、住民票の住所以外への送付を希望する場合は接種券の送付先を変更することができます。</p>						
送付先住所		(〒 - )				
<p>※送付先変更を希望される方は、「申請者」および「被接種者」の「本人確認書類(写真付き書類1点 又は 写真なし書類2点)」の写しを添付してください。</p>						

※提出書類等の詳細については、裏面をご確認ください。

## ～ 新型コロナワクチン【令和5年春開始接種】申請書を提出される方へ ～

【令和5年春開始接種(R5.5.8～R5.8.31)】において、オミクロン株対応2価ワクチンの追加接種を希望する5～64歳の方は、接種券の有無にかかわらず本申請が必要です。

※65歳以上の方は、申請不要です(接種券は前回接種日に応じて順次発送)。

### <【令和5年春開始接種】の対象者>

初回接種(1、2回目接種)が完了しており、前回の接種から3か月以上が経過した、次のいずれかの条件に該当する方

1. 65歳以上の方
2. 5歳～64歳で基礎疾患等のある方(※)
3. 医療従事者等(※)

(※) 詳細は申請書の「④申請理由」欄をご確認ください。

### <接種券がお手元にある方へ>

申請受理後、当市から「接種案内文書」を順次送付しますので、その内容に従ってご予約ください。なお、接種券はお手元にあるものをご使用ください。

### <提出方法>

郵送、FAX または持参で提出してください。

### 【提出書類】

- ①申請書
- ②前回接種日が確認できる「接種済証」「接種記録書」「接種証明書」等の写し(※お持ちの方のみ添付)
- ③「申請者」および「被接種者」の「本人確認書類(写真付き書類1点 又は 写真なし書類2点)」の写し(※③については、下記に該当する場合のみ添付)
  - ・申請書項目⑥「接種券」および「接種案内文書」の送付先について、住民票の住所以外の住所へ送付を希望される場合
  - ・DV、ストーカー行為などの被害により「住民基本台帳事務における支援措置申出書」を提出している場合

### 【提出先】

〒066-8686 千歳市東雲町2丁目34番地 千歳市総合保健センター  
千歳市保健福祉部新型コロナウイルスワクチン接種対策室  
FAX:0123-24-8418 (送信先誤りにご注意ください。)