

健康課 欄	受付日	発行日	No.
	印	印	

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

沼田市長 宛

申請者 氏名 ふりがな **ぬまた はなこ**  
**沼田 花子**

住所 〒 **378-8501**  
**沼田市下之町888**

電話番号 **0278-23-2111**

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ( )

※転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

被接種者	ふりがな氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○月 ○○日 (○○歳) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
送付先住所		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
区分	<input type="checkbox"/> 1・2回目接種 ( <input type="checkbox"/> 6か月~4歳 <input type="checkbox"/> 5~11歳 <input type="checkbox"/> 12~17歳 <input type="checkbox"/> 18歳以上 ) <input type="checkbox"/> 令和4年秋開始接種 (小児オミクロン株対応2価ワクチン接種含む) <input type="checkbox"/> 令和5年春開始接種 ( <input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患があり、通院/入院している (別紙参照) ※1 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 ) <input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種 <input type="checkbox"/> 再交付	
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 予診票が届かない <input type="checkbox"/> 予診票の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた予診票は、接種に使わず医師との相談 (予診) のみで使用した。 (接種状況記載不要) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
最終接種状況	① 接種日: <b>令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日</b>	
	② ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー (12歳以上用/従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (12歳以上用/オミクロン株対応2価) <input type="checkbox"/> ファイザー (5~11歳用/従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (5~11歳用/オミクロン株対応2価) <input type="checkbox"/> ファイザー (生後6か月~4歳用) <input checked="" type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株対応2価) <input type="checkbox"/> 武田 (ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )	
	③ 接種の方法: <input checked="" type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (当てはまるものにチェック) (接種券を送ってきた市町村名: ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: ) (※2) ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。	
※前回の接種回数を数字で記入してください。 ※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。 ※再発行の方は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。		

必要な区分にチェックしてください。

分かる範囲で記入してください。ご自身の接種履歴が不明な場合は、沼田市コロナワクチンコールセンターにお問い合わせください。

※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。

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種、在日米軍による接種・製薬メーカーによる治験等としての接種、海外での接種、上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

健康課記入欄: 運転免許証 保険証 マイナンバーカード コールセンター その他

## 令和5年春開始接種の対象となる疾患

※該当するものにチェックしてください。

※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。

### 【18歳以上の方は次の疾患のうち該当するものにチェック】

- 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（鉄欠乏性貧血は除く）
- インスリンや飲み薬で治療中又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
- 知的障害

### 【18歳未満の方の場合は次の疾患のうち該当するものにチェック】

- 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