

新型コロナワクチン接種券発行申請書【令和5年 秋開始接種用】

※秋開始接種は、初回接種を終了した以下の方が対象です。

令和 年 月 日

- 該当する年齢、接種状況等について当てはまるところにチェックをいれてください。
(令和5年12月31日時点での年齢でお答えください)

64歳以下の方
で接種を希望
しない方

☐

提出不要

11歳以下の方,12
～64歳の右記以
外で接種を希望
する方

☐

接種券が
手元にある

☐

接種券が
手元にない

☐

12～64歳の方の中で
基礎疾患がある方・医療従事者・高齢者施
設等従事者のうち令和5年5月8日～8月31日
の間に接種した方(する予定の方)

☐

65歳以上
の方

☐

申請不要

接種券は接種開始日及び予約開始日等が決
まりしだい順次発送いたします
ただし、お手元に未使用の接種券がある方
はその接種券を使用してください

本申請書又はWebから申請が必要です

亘理町長 宛

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

住所 〒 989- _____

亘理町 _____

被接種者との続柄 ☐本人 ☐同一世帯員 ☐その他 ()
↑上記の方は委任状が必要です



Web申請はこちら

被 接 種 者	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	接種券番号		
送付先住所		☐ 申請者 と同じ			

- 基礎疾患がある方・医療従事者・高齢者施設等従事者に該当しますか。

該当する

☐

該当しない

☐

記入項目は以上です

裏面もご記入ください

提出先：亘理町健康推進課

〒989-2393 亘理町字悠里1番地

秋開始接種の対象者となる理由（18～64歳）	☐18歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している ※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。 ☐慢性の呼吸器の病気 ☐慢性の心臓病（高血圧を含む。） ☐慢性の腎臓病 ☐慢性の肝臓病（肝硬変等） ☐インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病 ☐血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） ☐免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） ☐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 ☐免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 ☐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） ☐染色体異常 ☐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） ☐睡眠時無呼吸症候群 ☐重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している（※1）、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（療育手帳を所持している（※1）場合） ☐18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である ☐18歳以上65歳未満であるが、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 ☐医療従事者、高齢者施設等従事者として現在従事している。
秋開始接種の対象者となる理由（17歳以下）	☐18歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している ※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。 ☐慢性呼吸器疾患 ☐慢性心疾患 ☐慢性腎疾患 ☐神経疾患や神経筋疾患 ☐血液疾患 ☐糖尿病・代謝性疾患 ☐悪性腫瘍 ☐関節リウマチ・膠原病 ☐内分泌疾患 ☐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 ☐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） ☐18歳未満であるが、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

※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。