

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和5年春開始接種用

※令和5年春開始接種は、2～5回目接種を受けてから3か月以上が経過した方のうち、65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳までの方、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

宗像市長 宛

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（ ）

以下の事項に同意し、接種券の発行を申請します。

接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、宗像市が個人番号（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、被接種者の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	<small>ふりがな</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請理由	<input type="checkbox"/> 5～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で、令和5年春開始接種を希望している <input type="checkbox"/> 医療従事者又は高齢者施設、障害者施設等の従事者である <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予診のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ）			
令和5年春開始接種の対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上である <input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり、通院又は入院している <input type="checkbox"/> 65歳未満の医療従事者又は高齢者施設、障害者施設等の従事者である			
基礎疾患名等 ※5歳～64歳の方で対象となる理由が基礎疾患のもののみ記入	番号	裏面の疾患の中から、該当する基礎疾患の番号を記入してください。		
【 】回目 接種状況 ※前回の接種回数を記入してください。 ※再発行の方は、本欄は記入不要です。	①接種日： 年 月 日 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歳以上用/従来型） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳以上用/オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳以上用） <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input 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"/> その他（具体的に： ） ③接種日時点の住民登録地の自治体名： （ 都・道・府・県 市・区・町・村 ）			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			

- 被接種者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写しを添付してください。
- 転入された方で、転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、その接種券は破棄してください。
- 接種券は、審査後に郵送交付します。

【申請先】
 〒811-3492
 宗像市東郷1丁目1番1号
 宗像市新型コロナワクチン接種推進室

【令和5年春開始接種の対象となる基礎疾患】

○18歳以上 64歳未満の方

番号	基礎疾患内容
1	慢性の呼吸器の病気
2	慢性の心臓病（高血圧を含む。）
3	慢性の腎臓病
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）
5	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
6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
7	免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
8	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
9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
10	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）
11	染色体異常
12	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）
13	睡眠時無呼吸症候群
14	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、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場合）
15	BMIが30以上である
16	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

○18歳未満の方

番号	基礎疾患内容
17	慢性呼吸器疾患
18	慢性心疾患
19	慢性腎疾患
20	神経疾患・神経筋疾患
21	血液疾患
22	糖尿病・代謝性疾患
23	悪性腫瘍
24	関節リウマチ・膠原病
25	内分泌疾患
26	消化器疾患・肝疾患等
27	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
28	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）
29	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

※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。

※1・2回目及び4回目接種時に、基礎疾患がある旨の届け出をされている方は、申請不要です。前回接種から3か月が経過する時期に接種券を送付します。