

# (令和5年春開始接種)接種券発行申請書

(65歳以上の方・基礎疾患を有する方・医療従事者等用)

小金井市長 宛

令和 年 月 日

申請者 氏名 ふりがな \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同居の親族  その他( )

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

※接種券の発行にあたっては、以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認することもございますので、同意したうえでご申請ください。

※転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

※令和5年春開始接種は、最終接種(2から5回目接種)が終了し、3か月(武田社製ワクチン(ノババックス)の場合は6か月)が経過すると接種が可能です。接種券は、接種の予約が可能となる時期を目安に送付しますので、申請から発送まで時間を要する場合があります。

対象	<p><u>※最終接種日時点で小金井市に住民票があり、小金井市の接種券を使用した方の申請は不要です。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 5歳以上64歳以下で、基礎疾患を有する(※基礎疾患を有する方の範囲は次ページをご確認ください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 5歳以上64歳以下で、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><input type="checkbox"/> 医療機関、高齢者施設、障害者施設等の従事者である</p>
申請理由	<p><input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券紛失・破損に伴う再発行 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種に使わず医師との相談(予診)のみで使用した</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>↳その他の申請理由の例</p> <p>・海外での接種      ・製薬メーカーによる治験等としての接種      ・在日米軍による接種</p> <p>・海外在留邦人向け新型コロナワクチン接種事業での接種</p>

被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	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 (年齢は申請日時点)		年 月 日 (満 歳)
発行を希望する接種券	<input type="checkbox"/> 3回目用接種券 <input type="checkbox"/> 4回目用接種券 <input type="checkbox"/> 5回目用接種券 <input type="checkbox"/> 6回目用接種券		
接種状況 ※合計2回以上の接種が完了している方のみ申請可能です。	最終接種 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目	最終接種日 年 月 日	ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> オミクロン対応ファイザー(小児用含む) <input type="checkbox"/> オミクロン対応モデルナ <input type="checkbox"/> 従来ファイザー(小児用含む) <input type="checkbox"/> 従来モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ
最終接種日時点での住民票上の自治体	<input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目	都・道・府・県	市・区・町・村

【提出先】 〒184-8504 小金井市本町6-6-3 小金井市新型コロナウイルス感染症対策担当  
【問合せ先】 電話 0120-663-302

# 基礎疾患を有する方

## ○18 歳以上の方

### 1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- ・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、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）

※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. 基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方

※BMI30 の目安：身長 170cm で体重約 87kg、身長 160cm で体重約 77kg。

## ○18 歳未満の方

### 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- ・慢性呼吸疾患
- ・慢性心疾患
- ・慢性腎疾患
- ・神経疾患、神経筋疾患
- ・血液疾患
- ・血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- ・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）