【5歳以上～17歳以下用・令和５年春開始接種】

基礎疾患等に係る接種券送付申請書

令和　　年　　月　　日

潮来市長　宛

申請者住所

氏名

連絡先

接種者との続柄

　基礎疾患等を有するため、新型コロナウイルスワクチン接種に関する令和５年春開始接種の接種券送付について、下記のとおり申請します。

1、接種を受ける人

|  |  |
| --- | --- |
| 住所　□同上 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名　□同上 |  |
| 生年月日(西暦) |  |
| かかりつけの病院 |  |

2、該当する基礎疾患（下記の□に✓を記入してください）

□慢性呼吸器疾患　　　　□慢性心疾患　　　□慢性腎疾患　　　□神経疾患・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

□先天性免疫肥前症候群、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、入所施設や長期入院の児、摂食障害）

3、前回のオミクロン対応２価値ワクチン接種状況

※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は**記入不要**です。

　①接種日：　　　　　　年　　　月　　　日

②ワクチン種類

□ファイザー　ＢＡ1・ＢＡ4/5 　□モデルナ（スパイクバックス）　ＢＡ1・ＢＡ4/5

□ファイザー（5歳～11歳用）　□ファイザー（6か月～4歳）