

**北秋田市民で5歳から64歳までの基礎疾患等を有する方
医療従事者、高齢者・障がい者施設で従事する方の
新型コロナワクチン【令和5年春開始接種】接種券発行申請について**

「令和5年春開始接種(令和5年5月～8月)」の対象者は次の方です。

- ①65歳以上の高齢者
- ②5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
- ③5歳以上65歳未満であり、基礎疾患はないが、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
- ④18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である
- ⑤65歳未満の医療機関、高齢者施設、障がい者施設等の従事者

【接種券発行依頼書の提出が不要な方】※6月までに順次、接種券を発送します。

- ・65歳以上の高齢者
 - ・以前、4回目までの接種で基礎疾患の申請書を提出した方
 - ・北秋田市内の医療機関や施設等に従事している方（施設で取りまとめしている場合のみ）
- 上記以外の方で、接種を希望する方は接種券発行申請書を提出してください。

【発行依頼書の提出方法】

「**新型コロナワクチン【令和5年春開始接種】接種券発行申請書**」を記載のうえ、次のいずれかの方法で提出してください。診断書等の提出は不要です。

- ① **F A X** **0186-62-6667** **北秋田市医療健康課あて** 送信間違いにご注意ください。
- ② **郵送** 〒018-3315 **北秋田市宮前町9-69** **北秋田市医療健康課行き**
切手代はご自身でご負担ください。
- ③ **持参** **北秋田市保健センター（宮前町9-69）、または各窓口センター**

【発行依頼書の提出】

令和5年6月30日（金）まで

【「令和5年春開始接種」の接種券の使用期限】

令和5年8月中 ※接種できる医療機関は予約状況により変更する場合があります

申請書に記載されている内容は、接種券発行に係る手続きのみに使用させていただきます。

【問い合わせ】

北秋田市医療健康課
電話 62-6666

新型コロナワクチン【令和5年春開始接種】接種券発行申請書

令和5年 月 日

(あて先) 北秋田市長

※すべての項目にご記入の上、提出してください。

ふりがな 氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒018- 北秋田市
電話番号	
令和5年春開始接種の対象者となる理由 (65歳以上の高齢者は対象ですが、申請の必要はありません。また、市内の医療機関および高齢者障がい者施設で従事者の接種希望者の取りまとめを行っている場合は個人での申請の必要はありません。)	<input type="checkbox"/> 5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 【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してください】 <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器・心臓(高血圧含)・腎臓病・肝臓病 <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液の病気(鉄欠乏性貧血を除く) <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 疾患をみてもらっている医療機関 _____ 【18歳未満の方は次の疾患のうち該当するものにチェックしてください】 <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器・心臓(高血圧含)・腎臓病・肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患(糖尿病含) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> その他の小児領域疾患 疾患をみてもらっている医療機関 _____ <input type="checkbox"/> 5歳以上65歳未満であり、基礎疾患はないが、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 認められた事由 _____ <input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 65歳未満の医療機関、高齢者施設、障がい者施設等の従事者 所属機関 _____

※主治医による証明書等は必要ありません。

※この申請書に記載されている内容は、接種券発行に係る手続きのみに使用させていただきます。