

## 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【追加接種用（代理申請）】

注：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

令和 年 月 日

嘉手納町長宛

代理申請を行う施設等の名称 ふりがな

---

担当者 ふりがな 氏名

---

住 所〒

---

電話番号

---

※ 本申請書に、施設等の指定、許可、認可等を証する書類の写しを添付してください。

### 【代理申請 送付先】

郵送申請：〒904-0293 嘉手納町字嘉手納 588 番地 嘉手納町役場町民保険課 宛

電子申請：[anticy-19@town.kadena.okinawa.jp](mailto:anticy-19@town.kadena.okinawa.jp)（申請書を添付してメール送付）

代理して申請を行う被接種者

氏名	住民票に記載の住所	生年月日	申請理由 (選択)	対象となる理由 (選択) ※ 1	前回接種 の日付※ 2

※ 1 対象となる理由が②の場合、合わせてAからPを選択し、記入すること。

※ 2 可能な限り記載。

申請理由：①18～59 歳だが、基礎疾患がある等の理由で、追加接種を希望している

②接種券が届かない

③接種券の紛失・破損

④医療従事者、高齢者施設等従事者

対象となる理由：

①60 歳以上である

②18 歳以上 60 歳未満の医療従事者等である

③18 歳以上 60 歳未満の高齢者施設等の従事者である

④18 歳以上 60 歳未満であるが、A～N（※）に掲げる基礎疾患があり通院／入院しているか、OかPに該当する。

※ Nのうち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、通院又は入院していない場合でも対象となります。

A 慢性の呼吸器の病気

B 慢性の心臓病（高血圧を含む。）

C 慢性の腎臓病

D 慢性の肝臓病（肝硬変等）

E 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

F 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）

G 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）

H 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

I 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患

J 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）

K 染色体異常

L 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）

M 睡眠時無呼吸症候群

N 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）

O 18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である

P 18 歳以上 60 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