

# 新型コロナワクチン「令和5年春開始接種」申請書

(5歳以上65歳未満で基礎疾患を有する方)

申請日 令和 年 月 日

次のとおり、新型コロナワクチン接種券（令和5年春開始接種）の送付を申請します。

## 1. 対象者（児）

住民票記載住所	〒680 - 八頭町
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
電話番号	日中連絡可能な電話番号をご記入ください。 (5歳から18歳未満の方の場合は、保護者の方の電話番号を下記にご記入ください。)
前回接種日	令和 年 月 日
基礎疾患	※基礎疾患の範囲から該当する番号を選択 (診断書等の証明書は必要ありません。)

※接種券は対象者（児）の住民票記載住所に送付します。

## 2. 申出者記入欄

上記「1. 対象者（児）」と同じ <input type="checkbox"/> (同じ場合は✓してください。以下記入不要)	
上記「1. 対象者（児）」と異なる場合、以下にご記入ください。	
住所	上記と同じ場合は✓してください。 <input type="checkbox"/> 〒 -
フリガナ	
氏名	
電話番号	日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
対象者（児）との関係	<input type="checkbox"/> 親族（続柄 ） <input type="checkbox"/> その他( )