令和　　３年　　　　月　　　　日

（基礎疾患のある方・高齢者施設等に従事する方）

**新型コロナウイルスワクチン接種券優先送付申請書**

清水町長　宛

フリガナ

申請者　　氏名

 住所

 電話番号

申請者の被接種者との続柄：□本人　□同居の親族　□その他（　　　　　　）

下記のとおり、接種券優先送付申請書を提出いたします。

フリガナ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住民票記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 電話番号 | □申請者と同じ |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

【基礎疾患のある方】　※診断書等の提出の必要はありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾患名 | 番号 |  | 表面の疾患の中から、該当する番号を記載してください。 |
| かかりつけの病院（入通院等している場合） |  |
| かかりつけ医の確認 | 接種可　　　・　　　不　可　　　・　　　未確認 |

【高齢者施設等に従事する方】 ※従事する施設が発行する証明書が必要な場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従事施設種別 | 番号 |  | 表面の施設種別の中から、該当する番号を記載してください。 |
| 従事施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 施設連絡先 |  |

◇ お問い合わせ ◇

清水町保健福祉課　健康推進係

☎０１５６－６７－７３２０

■■ 提 出 先 ■■

（郵送）〒089-0111 清水町南3条2丁目1-1

清水町保健福祉センター内 保健福祉課健康推進係　宛

（持参）清水町保健福祉センター、御影支所

（ファックス）０１５６－６９－２２２３

（Ｅメール）　kenko1@town.shimizu.hokkaido.jp

※この申請書は、保健福祉センター、御影支所、町内各医療機関（病院・診療所）に配置してあるほか、清水町のホームページからも取得できます。