

【4回目接種用】新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、60歳以上の方、18～59歳の基礎疾患を有する方等が対象です。

令和 年 月 日

那珂川町長 宛

(申請者記載欄)

ふりがな
氏 名

住 所

〒

電話番号

被接種者との

本人

同一世帯員

関係

その他 (

)

下記の事項に同意の上、次のとおり接種券の発行を申請します。

※ 同意する場合や該当する項目は、にチェックしてください。

- 接種券の発行にあたり、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、那珂川町が他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市町村における接種記録を確認することに同意します。

1 被接種者

申請者と同じ（申請者と同じ場合は、氏名住所の記入は省略可能）

ふりがな 氏名	(申請者と同じ場合は省略可能)		
住民票に 記載の住所	〒 那珂川町	(申請者と同じ場合は省略可能)	
生年月日	S ・ H	年 月 日	(記入必須)
接種券番号			

住民票に記載の住所以外へ送付を希望する。

送付先 (住所・宛名)	〒	方書 () 様方
----------------	---	-----------

2 申請理由（該当するものにチェックしてください。）

申請理由	<input type="checkbox"/> 18～59歳で、基礎疾患がある等の理由により、4回目接種を希望 医療機関名 _____ 接種予約日 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない
	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損
	<input type="checkbox"/> 転入（※）
	<input type="checkbox"/> その他 ()

※ 転入を理由に申請を行う方は、転入前の自治体が発行した4回目接種用の接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

(裏面につづく)

3 4回目接種の対象者となる理由、1～3回目の接種状況

<p>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>60歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している</p> <p>※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む。）</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p><input type="checkbox"/>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。）</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>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（※1）、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（※1）場合）</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>
<p>1～3回目の接種状況</p>	<p>次の必要事項を記載の上、接種記録がわかる書類の写しを添付してください。</p> <p><1回目接種></p> <p>接種日：_____年_____月_____日</p> <p>ワクチン名：次のいずれかをチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>その他（_____）</p> <p>※その他のワクチンは、国内で承認されているものに限りません。（以下同じ）</p> <p>接種券を発行した市区町村名：_____</p> <p><2回目接種></p> <p>接種日：_____年_____月_____日</p> <p>ワクチン名：次のいずれかをチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>その他（_____）</p> <p>接種券を発行した市区町村名：_____</p> <p><3回目接種></p> <p>接種日：_____年_____月_____日</p> <p>ワクチン名：次のいずれかをチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>その他（_____）</p> <p>接種券を発行した市区町村名：_____</p>

※1 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、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。