

# 接種券（再）発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大川市長 宛

申請者 氏名 ふりがな \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同居の家族 その他（ ）

下記のとおり、接種券の（再）発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	氏名		
	住民票に記載 の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	年 月 日	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 2回目接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 予診のみだった <input type="checkbox"/> 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

（裏面につづく）

<p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書（ワクチンサポート）を提出する方は、本欄は記入不要です。（または、その写しの提出でも可能）</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>① 直近の接種日：令和 年 月 日（ 回目）</p> <p>② 前回接種を受けたワクチンの種類：  <input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）  <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>③ 接種の方法(当てはまるものにチェック)：  <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種  (接種券を送ってきた市町村名： )  <input type="checkbox"/>その他(具体的に： ) (※1)  <b>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</b></p>
<p>4回目接種の対象になる理由</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、入院／通院している  ※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 <input type="checkbox"/>慢性の心臓病</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <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ほか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(※2)、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(※2)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係った場合の重症化リスクが高いと医師に認められた</p>

※1 「接種の方法」のその他には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

※2 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。