

新型コロナウイルス感染症
接種券（発行・再発行）申請書【4回目接種用】

- 転入・紛失 基礎疾患を有する方等
医療従事者等及び高齢者施設等の従事者

令和 年 月 日

広陵町長宛

| | |
|-------------------------------|--|
| 申請者 <small>ふりがな</small> 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 被接種者との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された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。

| | | | |
|------------------|--|-------------------------------------|--------------|
| 被 接 種 者 | ふりがな 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | |
| | 住民票に記載の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒635- 広陵町 |
| | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | | |
| 申請理由 | <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"/> 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"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

（裏面につづく）

| | | | | | | | |
|--|--|-------------|---|-------------|---|-------------|---|
| <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 ※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（高血圧を含む。） <input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等） <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 <input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） <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。） <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 <input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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） <input type="checkbox"/>染色体異常 <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） <input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群 <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><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、医療従事者等である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、高齢者施設等の従事者である</p> | | | | | | |
| <p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。 ※再発行の方は記入不要です。</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="459 1267 606 1473"> <p>1 回目</p> </td> <td data-bbox="606 1267 1485 1473"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 1473 606 1680"> <p>2 回目</p> </td> <td data-bbox="606 1473 1485 1680"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 1680 606 1874"> <p>3 回目</p> </td> <td data-bbox="606 1680 1485 1874"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> </td> </tr> </table> | <p>1 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> | <p>2 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> | <p>3 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> |
| <p>1 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> | | | | | | |
| <p>2 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</p> | | | | | | |
| <p>3 回目</p> | <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種場所： _____</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。