

接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

令和 年 月 日

みよし市長

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

- ・新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、みよし市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前のお住いの市区町村における記録を確認します。
- ・前住所地で発行された接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

上記に同意の上、下記のとおり、接種券の発行を申請します。

| | | | |
|------------------|---|---|--------------------|
| 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 | 〒 |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 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 回目の接種を希望している 基礎疾患に該当する理由番号() *一覧表から選択し、番号を記入してください。 <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 () | |
| 希望する接種券 | <input type="checkbox"/> 1・2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 4 回目 ※いずれかひとつに <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 接種状況 ※要接種記録※ | 接種日 | メーカー | 接種時に住民票の あった市町村 |
| | 1 回目 年 月 日 | <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 他() | |
| | 2 回目 年 月 日 | <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 他() | |
| | 3 回目 年 月 日 | <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> 他() | |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | |

※郵送による申請の場合には、接種済証等のコピー、身分証のコピーを添えてください。

この一覧表は提出不要です

基礎疾患等一覧表

- ①慢性の呼吸器の病気
- ②慢性の心臓病(高血圧含む)
- ③慢性の腎臓病
- ④慢性の肝臓病(肝硬変等)
- ⑤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
- ⑥血液の病気(鉄欠乏性貧血除く)
- ⑦免疫の機能が低下する病気
- ⑧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
- ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ⑩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)
- ⑪染色体異常
- ⑫重症心身障がい(重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態)
- ⑬睡眠時無呼吸症候群
- ⑭重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障がい者保健福祉手帳を所持している、または自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障がい(療育手帳を所持している場合)
- ⑮基準(BMI30以上)を満たす肥満の人

※BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg

60歳未満の方で基礎疾患等を理由に4回目接種券を申請される方は、上記の一覧表の番号を申請理由の()内に記載してください。

(1~14については通院・入院などを行っている人)