

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【初回・追加接種用】

※乳幼児（生後6か月から4歳）、小児（5から11歳）及び12歳以上の方の初回接種券の申請（転入・再発行）
 ※小児（5から11歳）及び12歳以上の方の令和4年秋開始接種等の接種券の申請（転入・再発行）
 ※令和5年度春開始接種は、前回の接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、65歳以上の方、5歳から64歳の基礎疾患がある方、または医療従事者等の方が対象です。（裏面も記入してください）

令和 年 月 日

津市長 殿

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 同居の親族 その他（ ）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

※転入前の市区町村で発行された直近の接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

被 接 種 者	ふりがな			事務使用欄
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> _____回接種済		
	申請種別	<input type="checkbox"/> _____回目接種券		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
申請理由	<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"/> 海外在留邦人等向け接種事業で接種 <input type="checkbox"/> 在日米軍による接種 <input type="checkbox"/> 製薬メーカーによる治験としての接種 <input type="checkbox"/> 海外での接種 <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（ ）			
【 】回目 接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出される方、未接種者は <u>記入不要</u> です。	①直近の接種日： _____年 月 日 ②ワクチン種類： <input type="checkbox"/> 乳幼児用ファイザー <input type="checkbox"/> 小児用ファイザー（従来株） <input type="checkbox"/> 小児用ファイザー（オミクロン株） <input type="checkbox"/> ファイザー（従来株） <input type="checkbox"/> ファイザー（オミクロン株） <input type="checkbox"/> モデルナ（従来株） <input type="checkbox"/> モデルナ（オミクロン株） <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） ③接種券を送ってきた市町村名： _____			<input type="checkbox"/> 接種から3か月以上

※上記太枠内の項目をご記入ください。

※裏面は、「令和5年春開始接種」（令和5年5月～8月に実施される接種）の対象者のみ記入してください。

		事務使用欄
<p>令和5年春開始接種の対象者となる理由</p> <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。</p>	<p><u>□65歳以上である</u></p> <p><u>□18歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している</u></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。(複数選択可)</p> <p>□慢性の呼吸器の病気 □慢性の心臓病(高血圧を含む。)</p> <p>□慢性の腎臓病 □慢性の肝臓病(肝硬変等)</p> <p>□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>□血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)</p> <p>□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>□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>□免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p>□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>□染色体異常</p> <p>□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>□睡眠時無呼吸症候群</p> <p>□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><u>□18歳以上65歳未満であるが、BMIが30以上である</u></p> <p><u>□5歳以上19歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している</u></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。(複数選択可)</p> <p>□慢性呼吸器疾患 □慢性心疾患 □慢性腎疾患 □神経疾患・神経筋疾患</p> <p>□血液疾患 □糖尿病・代謝性疾患 □悪性腫瘍 □関節リウマチ・膠原病</p> <p>□内分泌疾患 □消化器疾患・肝疾患等</p> <p>□先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態</p> <p>□その他の小児領域の疾患等(高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害)</p> <p><u>□5歳以上65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</u></p> <p><u>□医療施設や高齢者施設、障害者施設等の従事者</u></p>	

※上記太枠内の項目をご記入ください。

【事務使用欄】

本人確認書類:マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証 在留カード ()

代理人確認書類:マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証 在留カード ()

接種歴の確認: □ 済 (接種済証、接種記録書、接種証明書の場合は写しを添付)

受付日	受付方法	受付者	整理番号	交付日	交付方法	受付印	交付者
/	窓口	HC・新ワ		/	窓口		
	電話				郵送		
	郵送						