

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

伊奈町長宛

(申請者)

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_

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、接種券の発行を申請します。

発行を希望する接種券	<input type="checkbox"/> 追加（5回目）接種券	<input type="checkbox"/> 初回（2回目のみ）接種券
	<input type="checkbox"/> 追加（4回目）接種券	<input type="checkbox"/> 初回（1・2回目）接種券
	<input type="checkbox"/> 追加（3回目）接種券	

※転入を理由に本申請を行う方は、転入前の自治体で発行された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	フリガナ	
	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	西暦 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望 <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満だが、医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者 (勤務先名称: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
接種回数	<input type="checkbox"/> 4回接種済み <input type="checkbox"/> 3回接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み <input type="checkbox"/> 1回接種済み <input type="checkbox"/> 未接種	
添付書類	接種済みの方は、予防接種済証（臨時）、接種記録書、予防接種証明書、接種証明書アプリのいずれかの写しを添付してください。 ※書類を紛失された方は、接種された自治体で再発行の手続きを行ってください。	

<p>4回目接種の対象となる理由</p> <p><b>※4回目接種を希望される方のみ記入</b></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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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。）</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> </div> <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、医療機関や高齢者施設・障害者施設等に従事している</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。