

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【4回目接種用】

※4回目接種は、3回目接種日から5か月以上経過した方のうち、60歳以上の方、基礎疾患がある18歳以上60歳未満の方等が対象です。

小郡市長宛

令和 年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

小郡市

電話番号（日中電話がつながる番号） _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

●下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。（下記をよくお読みの上、□にチェックしてください）

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、小郡市が個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住いの市区町村において接種記録を確認します。

※VRS で確認が取れない場合は、接種が確認できる書類の追加提出をお願いする場合があります。

被接種者	<small>ふりがな</small> 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 ()歳
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請理由	<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"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 済証がほしい <input type="checkbox"/> その他()		
4回目接種の対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 60歳以上である(3回目接種後に小郡市へ転入) <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。(必須) <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <input type="checkbox"/> インスリンや飲む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"/> 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"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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"/> 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) <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である <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		
3回目接種状況 ※転出元自治体で発行された旧接種券がお手元にある場合は、この申請書とともに小郡市へ提出してください	①接種日: _____ 年 月 日 ②ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用),モデルナ,武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> その他 ③接種日時点の住民登録地の自治体名 (_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村)		

※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。

【健康課記入欄】

受付方法	TEL	・	窓口	・	郵送	・	Web
VRS 確認者							
発行日	R	.	.	(郵送	・	窓口渡)
発行者							
予約システム入力日			入力者		確認者		

R4.5.25

<受付印>

受付者