

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回目接種を受けてから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18～59歳の方等が対象です。

令和 年 月 日

名護市長 宛

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（ _____ ）

※ 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	〒 _____
	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、裏面記載の基礎疾患等一覧のいずれかに 該当するため、4回目接種を希望する。 <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（ 3回目接種した市町村名 _____ ） <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）

職員による確認：身分証明書確認 本人 代理申請者

基礎疾患等一覧

- ・慢性の呼吸器の病気 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- ・慢性の腎臓病 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- ・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
- ・血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- ・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。）
- ・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
- ・免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ・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）
- ・染色体異常
- ・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）
- ・睡眠時無呼吸症候群
- ・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。）

- ・18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である
- ・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傷化リスクが高いと医師に認められた

<p>1～3回目接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>1回目) 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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>2回目) 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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回目) 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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回目を下記で接種した方はチェックしてください <input type="checkbox"/>（ _____ 番）</p> <p>①海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種 ②在日米軍による接種 ③製薬メーカーによる治験等としての接種 ④海外での接種 ⑤上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種</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。

職員確認（ここから下は職員が記載します）

接種券番号 _____	接種券発行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（窓口手渡し 郵送）
3回目接種日確認： <input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> 健康カルテ <input type="checkbox"/> スマホアプリ又は写真	