

4回目用

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】

令和 年 月 日

守山市長あて

申請者 ふりがな

氏名

〒

住所

電話番号

被接種者との続柄（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

ワクチン接種記録システム（VRS）において、守山市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・住所・生年月日・性別）により、被接種者の接種記録を確認します。

（被接種者情報）

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"/> 届かない <input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 予診のみで使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
4回目接種の 対象となる理由	<input type="checkbox"/> 60歳以上である <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 <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	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） <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） ③接種の方法： <input type="checkbox"/> 市町村の集団接種や個別接種、職域、国や都道府県の大規模接種 <input type="checkbox"/> その他（ ） ④使用した接種券を発行した市町村：（ ）	

これらに該当する場合は
裏面「(4回目接種)基礎疾患等届出書」
もご記入ください。

※申請には以下の書類が必要です。窓口申請は提示、郵送申請は写しを同封ください。

- ・接種記録がわかるもの（接種済証、接種記録書、接種証明書など）
- ・被接種者の本人確認証（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など）
- ・申請代理人の本人確認証（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など）※代理人申請のみ

職員記入欄【確認事項】受付者（ ）発行日（ ）

本人 代理人 住民票 接種記録 予約システム登録 予約システムログイン

被接種者券番号

予約システムパスワード

(4回目接種) 基礎疾患等届出書

- ① 基礎疾患等がある場合は、以下の該当する疾患・項目すべてにチェック☑してください。
(※チェック☑がない場合は、無効となります。)
- ② 連絡先およびその基礎疾患で通院または入院している医療機関名を記載してください。
- ③ 「③ 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方」に
チェック☑した方は、診断名等・医療機関名を記載してください。

<div style="text-align: center;"> ≪対象となる基礎疾患等≫ </div>					
① 以下の病気や状態の方で、通院または入院している方 <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"/> インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) <input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。) <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"/> 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"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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、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)や知的障害(療育手帳を所持している場合) 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 医療機関名 (必ず記載してください) </div>				
② 以下の基準を満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BMI30 以上を満たす肥満の方 計算式:体重kg÷(身長m)² 目安:身長 170 cm体重約 87 kg 					
③ 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方 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 上記③に該当(※右の枠内も記入してください。) 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">診断名等</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">医療機関名 (必ず記載してください)</td> <td></td> </tr> </table>	診断名等		医療機関名 (必ず記載してください)	
診断名等					
医療機関名 (必ず記載してください)					