

【4回目接種共通】接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

※4回目用接種は、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

守谷市長 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 同一世帯員

その他()

申請者 記入欄				
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
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
申請理由		<input type="checkbox"/> 1.18～59歳だが、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"/> 2.接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 3.守谷市に転入 <input type="checkbox"/> 4.接種券が届かない <input type="checkbox"/> 5.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 <input type="checkbox"/> 6.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。

(裏面につづく)

<p>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>60歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18~59歳だが、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。</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、鉄欠貧性貧血を除く)</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"/>18~59歳だが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18~59歳だが、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>3回目接種状況</p> <p>※・接種済証 ・接種記録書 ・接種証明書 上記いずれかを提出される方は本欄は記入不要です。</p>	<p>① 接種日</p>	<p>年 月 日</p>
	<p>② ワクチン種類</p>	<p><input type="checkbox"/>ファイザー(12歳以上)</p> <p><input type="checkbox"/>武田/モデルナ</p> <p><input type="checkbox"/>武田(ノババックス)</p>
	<p>③ 製造番号</p>	<p>※接種済証・接種記録書等でご確認ください</p>
	<p>④ 接種の方法</p>	<p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関・職域接種会場 都道府県の大規模会場・自衛隊の大規模会場 <u>使用した接種券の発行元市町村名</u> ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他(具体的に:)※2</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。

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法などが当てはまります。

- ・ 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
- ・ 在日米軍による接種
- ・ 製薬メーカーによる治験としての接種
- ・ 海外での接種
- ・ 上記のほか、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