

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

令和 年 月 日

霧島市長 宛

申請者 氏名 ふりがな

住所

〒

霧島市

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の親族 その他()

- ・以前お住まいの市町村が発行した未使用の接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。
- ・接種券は、原則【住民票に記載の住所】に、順次送付します。

①申請内容	申請理由	<input type="checkbox"/> 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 <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"/> 予診のみで使用了 <input type="checkbox"/> 転入(転入日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()		
	希望する接種券の種類	<input type="checkbox"/> 1・2回目の接種券 (<input type="checkbox"/> 未接種、 <input type="checkbox"/> 1回目接種済の方) <input type="checkbox"/> 3回目の接種券 (1・2回目接種済の方に限る) <input type="checkbox"/> 4回目の接種券 (3回目まで接種済の方に限る)		
②被接種者 (接種券が必要な人)	氏名 <small>ふりがな</small>	<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/年齢	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 (年齢: 歳)		
③送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	やむを得ない事情により、住民票登録地以外に送付希望の方のみ記入	
④接種情報	<input type="checkbox"/> 未接種	※接種済の方は、以下の接種情報欄をご記入ください		
	1回目	接種日	年 月 日	
		接種時の住民票登録地	都・道・府・県 市・区・町・村	
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	
	接種場所			
	2回目	接種日	年 月 日	
		接種時の住民票登録地	都・道・府・県 市・区・町・村	
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()	
	接種場所			
3回目	接種日	年 月 日		
	接種時の住民票登録地	都・道・府・県 市・区・町・村		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()		
接種場所				

※裏面に掲載している方法で接種された方は、必ず接種記録を証明するものの写しが必要です。

※ 4回目接種を希望する方は、裏面まで記入してください。

表

⑤ 4回目接種の対象者となる理由

- 60歳以上である**
- 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。
 - 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**
※BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg
- 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**

※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。

【接種記録を証明するもの（氏名、生年月日、接種日、ワクチンの種類等が記載されたもの）の写しが必ず必要な場合】

- 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