

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

【 1回目 2回目 3回目 4回目 接種用】

（必要なものを○で囲んでください）

令和 年 月 日

新庄市長宛

申請者 ふりがな 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（ ）

ワクチン接種記録システム上において、新庄市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の接種記録（以前にお住まいの市町村の情報を含む）を確認することに同意し、接種券の発行を申請します。

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		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <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"/> 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"/> その他（ ）		

申請理由で「転入」または「基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している」と回答した方は、

裏面へ

接種状況

※転入した方で「接種済証」または「接種証明書」などの写しが用意できない場合のみ記入

1回目接種	接種日： 年 月 日	ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）
	接種の方法： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場、自衛隊や都道府県の大規模接種会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）	
2回目接種	接種日： 年 月 日	ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）
	接種の方法： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場、自衛隊や都道府県の大規模接種会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）	
3回目接種	接種日： 年 月 日	ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）
	③種の方法： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場、自衛隊や都道府県の大規模接種会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）	

基礎疾患等の状況

※基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している方のみ、□に✓を記入

<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又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"/> 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、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場合） <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) <input type="checkbox"/> 重症化リスクが高いと医師が認める方 （医療機関名： _____）
--	---