

# 新型コロナウイルスワクチン接種券発行（再発行）申請書

令和 年 月 日

出雲市長 様

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（ ）

下記の被接種者について、新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者			
	氏名	と同じ			
	住民票記載の住所	<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、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"/> 転入 <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"/> 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（ ）				
発行希望の接種券	<input type="checkbox"/> 1, 2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用 <input type="checkbox"/> 4回目用 <u>※裏面もご記入ください。</u>				
接種記録 <small>（分かる範囲で ご記入ください）</small>	<input type="checkbox"/> 未接種				
	1回目	接種日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	2回目	接種日	年	月	日
<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
3回目	接種日	年	月	日	
<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種履歴が確認できる書類（接種済証、接種記録書、接種証明書）の写し ※必須ではありません。				
同意事項	<input type="checkbox"/> 【 <u>上記の送付先住所が被接種者の住民票に記載の住所と異なる場合</u> 】接種券の発行及び接種券送付について被接種者から異議の申し出があったときは、私（申請者）の責任において解決し、出雲市に一切の迷惑をかけないことを確約します。				

【市記入欄】 \* 以下は記入しないでください

受付方法	受付	作成	照合	メモ
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

<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 歳以上 60 歳未満であるが、基礎疾患があり、通院又は入院している。</p> <p>※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> <p><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（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、鉄欠乏性貧血を除く。）</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がいとが重複した状態）</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、精神障がい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）や知的障がい（療育手帳を所持している（※1）場合）</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の医療従事者等である。</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の高齢者施設等の従事者である。</p>
------------------------	---

※1 精神障がい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。