

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

市川三郷町長宛

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（ _____ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、前住所地で発行された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。

被 接 種 者	<small>フリガナ</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	接種券番号		
	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"/> 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"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <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"/> 医療従事者等・高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

（裏面につづく）

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"/> 医療従事者等・高齢者施設等の従事者
※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。	<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 ※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。
	<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"/> 重度医療対象者（重度心身障害者医療費助成制度受給者） <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（※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） <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症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
※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。	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"/> その他（ ）
※再発行の方は記入不要です。	③接種会場名：（ ）

【添付書類】

- 本人確認書類（免許証、マイナンバーカード、保険証など）の写し
- 3回目接種を証明する書類の写し

【提出先】 市川三郷町役場 いきいき健康課 ワクチン接種係
〒409-3244 市川三郷町岩間495

【問い合わせ先】 ワクチン接種係 TEL 0556-42-7173