

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【オミクロン株対応】

※1・2回目の初回接種を終了した12歳以上の方で、前回の接種から一定期間経過した方が対象です。
 （接種券は、接種予約可能な時期に発送いたします。）

令和 年 月 日

天童市長

申請者 氏^り名^が _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記の事項に同意の上、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 と同じ		接種回数
	氏 名			回目用
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日（ 歳）		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 4回目接種の対象者（医療従事者・高齢者施設等の従事者・基礎疾患を有する方等） だが、まだ発行申請していない⇒裏面へ			
	<input type="checkbox"/> 優先発送の対象となる下記従事者だが、1・2回目接種時に優先申請していない			
	対 象	学校 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 放課後児童クラブ等		
	勤務先			
<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（前住所地： ） <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（ ）				
前回の接種状況	令和 年 月 日 ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ ・ ノババックス ・ 小児用ファイザー			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		

※転入の場合など、接種履歴を確認するために個人番号（マイナンバー）を利用する場合があります。

※転出元で発行され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。

事務処理欄

受付	窓口・コールセンター
接種券発行	券番号：
受付システム登録	登録 ID：
接種券交付	窓口交付・後日発送

<p>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>医療従事者である</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者施設等の従事者である</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満で、基礎疾患があり、通院/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 <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、鉄欠乏症貧血を除く。）</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（※）、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）</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満で、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満で、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>
-----------------------	--

※ 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。