

令和5年5月8日～8月接種用

※18歳以上

### 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書【令和5年春開始接種用】

※令和5年春開始接種は、2～5回目接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、

65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳の方、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

延岡市長 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 ( )

希望する接種券		<input type="checkbox"/> 3回目接種券 <input type="checkbox"/> 4回目接種券 <input type="checkbox"/> 5回目接種券 <input type="checkbox"/> 6回目接種券			
被 接 種 者	ふりがな 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	※申請者と異なる場合は記入 〒		
	生年月日（西暦）	年 月 日			
接種券（接種済証）送付先 ※右のいずれかを選択		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 被接種者の住民票住所 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）		
申請理由 ※裏面も記入		<input type="checkbox"/> 18～64歳だが基礎疾患がある等の理由で、接種を希望している <input type="checkbox"/> 医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 発行された接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

(裏面につづく)

【市処理欄】

受付方法 ( 窓口・郵送・その他 )

接種券発行日

年 月 日

接種券発送・手渡し

対応者	業務担当	係長	課長補佐	課長

VRS 確認  有効接種券登録  接種歴登録

接種券番号 \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>接種の対象者となる理由</b></p> <p>※必ず、いずれかにチェックをしてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上65歳未満であるが、基礎疾患があり通院/入院している</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"><b>※下記の疾患のうち、基礎疾患として該当するものにチェックしてください。</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性の心臓病、腎臓病、肝臓病、呼吸器の病気 ※高血圧を含む</p> <p><input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中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</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害</p> <p style="text-align: center;">※精神保健福祉手帳または療育手帳を所持している方は、通院/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</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上64歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上64歳未満であり、上記の基礎疾患はないが、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"/> 65歳未満の医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である</p>
<p style="text-align: center;"><b>前回接種の記録状況</b></p> <p style="text-align: center;"><b>※右欄を記入</b></p> <p>※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</p> <p>※再発行の方は記入不要</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p><b>前回の接種回数</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2回目</p> <p><input type="checkbox"/> 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 4回目</p> <p><input type="checkbox"/> 5回目</p> <p>① 接種日：_____年 _____月 _____日</p> <p>② ワクチン種類：<input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用／従来型）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用／オミクロン株対応2価）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用／従来型）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用／オミクロン株対応2価）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳用）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> モデルナ（従来型）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> モデルナ（オミクロン株対応2価）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 武田（ノババックス）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> アストラゼネカ</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p> <p>③接種券を送ってきた都道府県と市区町村名 ※転入の場合のみ記入</p> <p style="padding-left: 20px;">（_____）</p> <p>※③に当てはまらない方はいずれかを選択</p> <p style="padding-left: 20px;">海外在留邦人等向け接種会場 ・ 製薬メーカーの治験等</p> <p style="padding-left: 20px;">海外での接種 ・ 在日米軍による接種</p>