

# 接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)

## 【12歳以上・令和5年秋開始接種用】

※令和5年秋開始接種は、初回接種を終了し、前回接種を受けてから3か月以上経過した、5歳以上の方が対象です。

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

申請者 <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_.

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 保護者 同一世帯員 その他( )

希望する接種券		<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目				
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	〒			
	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"/> 65歳未満で医療従事者・高齢者施設等従事者で早期の接種を希望している <input type="checkbox"/> 65歳未満で基礎疾患がある等の理由により早期の接種を希望している <small>※65歳以上の方は、9月上旬までに接種券を発行する予定ですので申請の必要はありません。</small> <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"/> その他( )				
※健康増進課記入欄 健管番号						

※ 転入を理由に本申請を行う方は、これまでの接種記録(接種済証)の写しを必ず添付してください。

(裏面につづく)

<p>65歳未満で優先接種の対象者となる方 (右記1・2に該当する方)は記入してください。</p> <p>※65歳以上の方は、9月上旬までに接種券を発行する予定ですので、しばらくお待ちください</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 65歳未満で医療従事者もしくは高齢者施設等従事者である</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 65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>	
	18歳以上の方	18歳未満の方
	<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患
	<input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。）	<input type="checkbox"/> 慢性心疾患
	<input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> 慢性腎疾患
	<input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等）	<input type="checkbox"/> 神経疾患・神経筋疾患
	<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"/> 血液疾患
	<input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし鉄欠乏性貧血を除く）	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝性疾患
	<input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍
	<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"/> 関節リウマチ・膠原病
	<input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	<input type="checkbox"/> 内分泌疾患
	<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"/> 消化器疾患・肝疾患等
	<input type="checkbox"/> 染色体異常	<input type="checkbox"/> 先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
	<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"/> その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）

<p>接種状況</p> <p>※転入の場合はこれまでの接種の記録（接種済証、接種証明書）の写しを添付してください</p> <p>※再発行の方は記入不要です</p>		1回目	2回目	3回目
	①接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )
	③接種場所(市区町村)			
		4回目	5回目	6回目
	①接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他( )	
③接種場所(市区町村)				

※職員記入欄

受付者		受付日	令和 年 月 日
接種券発行者		接種券発行日	令和 年 月 日
発行方法	郵送 ・ 手渡し ( 月 日 時頃)		
ティアラ入力	有 ・ 無 (VRS確認)	VRS確認	データ有 (写しを添付) ・ 無