

# 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

申請日：令和 年 月 日

(宛先) 港区長

以下のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種券の発行を申請します。

(申請者) フリガナ

氏 名

住 所

電話番号

被接種者  本人  同居の家族

との続柄  その他 ( )

## 1 対象者 (被接種者)

氏 名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年 月 日生
	<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	〒 -	港区

## 2 発行を希望する接種券について (該当する項目に☑をしてください。)

<input type="checkbox"/> 1、2回目接種券	4回目の接種券は、国の示す対象者に該当する場合に発行します。右の欄の該当する項目に☑してください。	※下記の太枠内は、4回目接種券を希望する方のみ記入してください。	
<input type="checkbox"/> 3回目接種券 ※2回目接種から5カ月後		<input type="checkbox"/> 60歳以上の方 (接種日時点)	
<input type="checkbox"/> 4回目接種券 ※3回目接種から5カ月後		<input type="checkbox"/> 18歳から59歳で対象の基礎疾患がある方等 ⇒裏面の基礎疾患名または番号を記入してください。 該当する基礎疾患名等：【 】	

※対象となる基礎疾患等は、裏面をご参照ください。

## 3 接種状況について

	1回目	2回目	3回目
接種状況 ※接種済証、接種記録書、 接種証明書の写しを提出する 方は、本欄の記入は不要 です。	①接種日： 年 月 日	①接種日： 年 月 日	①接種日： 年 月 日
	②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ( )	②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ( )	②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	③ロット番号：	③ロット番号：	③ロット番号：

【対象となる基礎疾患等について】

○以下の病気や状態で、通院／入院している方

- 1 慢性の呼吸器の病気
  - 2 慢性の心臓病（高血圧を含む）
  - 3 慢性の腎臓病
  - 4 慢性の肝臓病（肝硬変など）
  - 5 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
  - 6 血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）
  - 7 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）
  - 8 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
  - 9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
  - 10 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（呼吸障害など）
  - 11 染色体異常
  - 12 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）
  - 13 睡眠時無呼吸症候群
  - 14 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（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）
- 15 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方  
※BMI = 体重（kg） ÷ 身長（m） ÷ 身長（m）
- 16 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が認めた方