接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

旭川市長宛

申請者

　　　　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，転出元で発行された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（接種済証又は接種記録書は捨てずに保管してください）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  | □申請者  と同じ | |  |
| 住民票に  記載の住所 | □申請者  と同じ | | 〒 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日 | | |
| 送付先住所 | | □申請者  と同じ |  | |
| 申請する接種券 | | □１,２回目接種券（□未接種　□１回接種済）→**申請理由のみ記載** | | |
| □３回目接種券（２回目の接種を終えた方）→**申請理由及び２回目接種状況を記載** | | |
| □４回目接種券（３回目の接種を終えた方）→**申請理由及び裏面の各項目に記載** | | |
| 申請理由 | | □18～59歳であり，医療従事者等または高齢者施設等従事者で，4回目接種を希望する  □18～59歳であり，基礎疾患がある等の理由で，4回目接種を希望する  □接種券が届かない　□接種券の紛失･破損　□転入  □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  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　） | | |
| **【３回目接種券の発行を希望する方のみ記載してください。】** | | | | |
| ２回目接種状況  （４回目接種券の発行を希望する場合のみ裏面へお進みください） | | 接種済証，接種記録書，接種証明書を提出される方，再発行の方は，本欄は**記入不要**です。  ①接種日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日  ②ワクチンの種類：□ファイザー　□武田／モデルナ　□アストラゼネカ  　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③接種の方法（当てはまるものにチェック）：  　　□市町村の会場や医療機関，職域会場で接種  （接種券を送ってきた市町村名：　　　　　　　　　　　　）  その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

**【４回目接種券の発行を希望する方のみ記載してください。】**

|  |  |
| --- | --- |
| ３回目接種状況 | 接種済証，接種記録書，接種証明書を提出される方，再発行の方は，本欄は**記入不要**です。  ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関，職域会場での接種」を選んでください。  ①接種日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日  ②ワクチンの種類：□ファイザー　□武田／モデルナ　□アストラゼネカ  　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③接種の方法（当てはまるものにチェック）：  　　□市町村の会場や医療機関，職域会場で接種  （接種券を送ってきた市町村名：　　　　　　　　　　　　）  その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 4回目接種の対象者  となる理由  ※①～⑤のいずれか該当する項目に必ずチェックしてください。 | □①60歳以上である  □②18歳～59歳であるが，基礎疾患があり，通院／入院している  ※②にチェックした場合は，必ず，下記の疾患のうち該当するものにチェックをしてください。  □慢性の呼吸器の病気　□慢性の心臓病（高血圧を含む。）  □慢性の腎臓病　□慢性の肝臓病（肝硬変等）  □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  □血液の病気（ただし，鉄欠乏性貧血を除く。）  □免疫の機能が低下する病気（治療は緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）  □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。  □免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患  □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）  □染色体異常  □重度心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態）  □睡眠時無呼吸症候群  □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）  □③18歳～59歳であるが，ＢＭＩが30以上である  　　ＢＭＩ＝体重（ｋｇ）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ）  □④18歳～59歳であるが，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  ⑤の対象者について  詳しくはこちら→  □⑤18歳～59歳であるが，医療従事者等もしくは  高齢者施設等従事者である |

※１　精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を所持している方については，通院または入院をしてい

ない場合も，基礎疾患のある方に該当します。

※２「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

　　・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種

・在日米軍による接種　　・製薬メーカーによる治験等としての接種　　・海外での接種

・上記の他，市町村の会場や医療機関，職域会場での接種に当てはまらない接種