

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 5年 〇月 〇日

旭川市長宛

記載例

申請者 氏名 あさひかわ たろう 旭川 太郎
住所 〒 123-4567 旭川市〇条通〇丁目 △x-〇□
電話番号 〇△□-x〇△△-□〇x
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は廃棄してください（接種済証又は接種

記録書は拾い取りに廃棄してください。

被接種者 氏名 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) 19〇〇年 〇月 〇日
送付先住所 申請者と同じ
児用(月~4歳) 1~3回目 未接種 1回接種済 2回接種済
以上 1~2回目 未接種 1回接種済
届かない 接種券の紛失・破損 転入
申請理由 未接種券は、接種に使わず医師との相談(受診)のみで使用した
医療従事者・基礎疾患等のある方 申請日時時点で 基礎疾患等がある(注1)
医療従事者等もしくは高齢者施設等従事者である。

いずれかに該当する場合は必ず記載をお願いします。

【3回目以降の接種券発行を希望する方のみ記載してください。】

前回のワクチン接種状況 接種済証等接種歴が分かるものを提出される方、再発行の方は、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 モデルナ その他()
③接種の方法(当てはまるものにチェック)
市町村の全庁的医療機関、職域会場で接種(市町村名：)
その他(注2)(具体的に：)

注1「基礎疾患等がある」とは、次の1~3に該当する方になります。

- 1 基礎疾患があり、通院/入院している
・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(治療や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とが重複した状態)
・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)
※1 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。
2 BMI(※2)が30以上である ※2 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
3 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

注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