

新型コロナウイルスワクチン接種券・接種済証 発行申請書

令和 年 月 日

香芝市長 福岡 憲宏 様

申請者

住所	〒 電話 ()		
フリガナ		性別	男・女
氏名		被接種者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯の家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年	月 日

被接種者（発券対象者）

□申請者 と同じ	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日
□申請者 と同じ	住民票に 記載の住所	〒 電話 ()		
接種状況	□未接種 接種歴がある場合は枠内を記入してください↓			
	回数	回目接種まで完了	前回の接種日	令和・西暦 年 月 日
接種予定 がある方	予定日：	月 日	前回の接種会場	会場名：
	会場：		前回は接種した ワクチンの種類	
区分	医療従事者等 ・ 基礎疾患等 一般 ・ 小児（5～11歳） 乳幼児（6か月～4歳）		前回は接種した 時点の住所地	都・道 府・県 市・区 町・村
発行を希望 する書類	一般（12歳以上）		接種用の →	1・2回目用の <input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 済証
	小児用（5～11歳）			3回目用の <input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 済証
	乳幼児用（6か月～4歳）			4回目用の <input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 済証
				5回目用の <input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 済証
申請理由	□市内転居 □接種券の紛失・滅失 □接種券の破損 □接種券が届かない			
	□転入 個人番号		
	□接種歴を登録するため □その他 ()			
令和3年1月1日以降で 改姓または改名された方	フリガナ			
	旧氏名			

※申請者が被接種者本人、又は被接種者と同世帯の家族以外の場合は委任状、及び申請者の本人確認書類の写しを提出してください。

****以下、香芝市記入欄*****

受付者	VRS確認	システム入力	発送者	送付日	月	日
印	印	印	印			
(窓口) 確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()			接種券等 発行区分	年代	: <input type="checkbox"/> 一般用 <input type="checkbox"/> 小児用 <input type="checkbox"/> 乳幼児用	
(電子証明書の場合) 接種歴			発行内容:	<input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 済証		
1回目	月 日	2回目	月 日			
3回目	月 日	4回目	月 日			
5回目	月 日					
			接種券 発行番号 (10桁)		

基礎疾患等 該当内容

問1 次のAからCの中から該当する項目を選択してください。(複数選択可)

- A. 問2の一覧(1から14)の中で、いずれかに該当する基礎疾患があり、通院または入院している。もしくは、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。
- B. BMIが30以上ある
- C. 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

問2 (問1でAと答えたかた限定) 通院または入院している理由を選択してください。

- 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(肝硬変等)
- 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病またはほかの病気を併発している糖尿病
- 6. 血液の病気(ただし、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(呼吸障害等)
- 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. 重度の精神疾患(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または療育手帳を所持している、または自立支援医療(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場合)

問3 (問1でCと答えたかた限定) 重症化リスクが高いと認めた施設名、医師名を教えてください。

施設名：

医師名：

医療従事者等 該当内容

問1 勤務先住所を教えてください。

住所：

問2 勤務先名を教えてください。

会社名：

問3 勤務先での職種を教えてください。(例：医師、看護師、事務、ドライバーなど)

職種：