

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

必要な接種券の種類	<input type="checkbox"/> 初回接種用 ➡	<input type="checkbox"/> 乳幼児用	<input type="checkbox"/> 小児用	<input type="checkbox"/> 12歳以上用
	<input type="checkbox"/> 追加接種用 ➡	<input type="checkbox"/> 3回目用	<input type="checkbox"/> 4回目用	
		<input type="checkbox"/> 5回目用	<input type="checkbox"/> 6回目用	<input type="checkbox"/> 7回目用

阿南市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

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。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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			
申請理由	<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"/> 基礎疾患があり、かかりつけ医等に早目の接種を勧められた ※裏面で該当する疾患等を選択してください <input type="checkbox"/> 接種を受ける医療機関等及び接種日が決まっているため、前倒しで接種券が必要 (医療機関等名: _____ 接種予定日: _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 転入 (転出元自治体名: _____ 都道府県: _____ 市区町村: _____) <input type="checkbox"/> その他 ()				
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種				
※接種済証、接種記録書、 接種証明書を提出される方は、 本欄は記入不要です。	<input type="checkbox"/> 接種歴有	接種済回数	前回接種日	前回接種したワクチンの種類	
		回済	年 月 日		

※ 接種券発行申請には本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写しの添付が必要です。代理人による申請の場合は、申請者（代理人）と被接種者の本人確認書類の写しを添付してください。

接種券は原則として住民票に記載の住所に送付します。住民票に記載の住所以外への送付を希望する場合は、下記に記入してください。

<input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所以外への送付を希望する	宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____		
	理由	<input type="checkbox"/> 現在送付先住所に居住しているため <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ 申請理由として「基礎疾患があり、～」を選択された方のみ、下記のうち、該当するものにチェックしてください。（複数選択可）

18歳以上の方

基礎疾患があり、通院／入院している

※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（複数選択可）

- 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）
- 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）

BMI が 30 以上である

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

18歳未満の方

- 慢性呼吸器疾患
- 慢性心疾患
- 慢性腎疾患
- 神経疾患・神経筋疾患
- 血液疾患
- 糖尿病・代謝性疾患
- 悪性腫瘍
- 関節リウマチ・膠原病
- 内分泌疾患
- 消化器疾患・肝疾患等
- 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
- その他の小児領域の疾患等（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）
- 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

※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。