

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

妙高市長 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（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記内容をお読みのうえ、にチェックしてください）

新しい接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、妙高市が個人番号（マイナンバー）及び個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住いの市町村における接種記録を確認することに同意します。

被接種者 (接種対象者)	ふりがな 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	(西暦)	年 月 日 (年齢 歳)
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
申請理由 (該当する <input type="checkbox"/> にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 12～64歳で基礎疾患がある等の理由による【2価ワクチンの場合のみ】 <input type="checkbox"/> 医療従事者または高齢者施設等従事者のため【2価ワクチンの場合のみ】 <input type="checkbox"/> 他市町村からの転入（次の①～④について分かる範囲で記入ください） なお、接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出した場合は記入不要ですが、日本国以外で接種した場合は、接種記録が分かるものを必ず提出してください。 ①接種日：(西暦) 年 月 日 ②前回の接種を受けた時に住民票のあった市町村名（ ） ③ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー（2価ワクチン） <input type="checkbox"/> モデルナ（2価ワクチン） <input type="checkbox"/> ファイザー（従来株） <input type="checkbox"/> モデルナ（従来株） <input type="checkbox"/> 武田（ノゾバックス） <input type="checkbox"/> その他（ ） ④接種会場： _____ <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"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※令和5年春開始接種は、5月8日（月）～8月31日（木）までです。期間内に接種できるよう予約等を行ってください。なお、9月1日（金）以降は全ての方を対象に接種を実施予定です。

※転入を理由に本申請を行うかたは、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。

（2価ワクチンの場合は裏面もご記入ください。）

<p>2価ワクチン (令和5年春 開始接種)の 対象者となる 理由</p>	<p><input type="checkbox"/>65歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>12歳～64歳で基礎疾患があり、通院／入院している ((1)、(2)を記入)</p> <p>(1)かかりつけ等の医療機関名 ()</p> <p>(2)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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 48%;"> <p><18歳以上の方></p> <p><input type="checkbox"/>①慢性の呼吸器の病気</p> <p><input type="checkbox"/>②慢性の心臓病 (高血圧を含む)</p> <p><input type="checkbox"/>③慢性の腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>④慢性の肝臓病 (肝硬変等)</p> <p><input type="checkbox"/>⑤インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病 または他の病気を併発している糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/>⑥血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く)</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p><input type="checkbox"/>⑪染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p><input type="checkbox"/>⑬睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>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※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)</p> <p>※1... 通院／入院していない場合も該当し ます。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 48%;"> <p><12～17歳の方>次の病 気や状態の人で通院／入 院している人</p> <p><input type="checkbox"/>①慢性呼吸器疾患</p> <p><input type="checkbox"/>②慢性心疾患</p> <p><input type="checkbox"/>③慢性腎疾患</p> <p><input type="checkbox"/>④神経疾患・神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/>⑤血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/>⑥糖尿病・代謝性疾患</p> <p><input type="checkbox"/>⑦悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/>⑧関節リウマチ・膠原病</p> <p><input type="checkbox"/>⑨内分泌疾患</p> <p><input type="checkbox"/>⑩消化器疾患・肝疾患等</p> <p><input type="checkbox"/>⑪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</p> <p><input type="checkbox"/>⑫その他の小児領域の 疾患 (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</p> </div> </div> <p><input type="checkbox"/>12歳～64歳で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)～(3)を記入)</p> <p>【リスクが高いと認めた医療機関名及び医師名とその理由】</p> <p>(1)医療機関名 ()</p> <p>(2)医師名 ()</p> <p>(3)認められた理由 ()</p> <p><input type="checkbox"/>18歳～64歳でBMI※2が30以上である ※2 …BMI＝体重(kg)÷身長(m)²</p> <p><input type="checkbox"/>64歳以下で医療従事者または高齢者施設等従事者である ((1)、(2)を記入)</p> <p>(1)職 種 ()</p> <p>(2)職場名 ()</p>
---	---