

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書兼接種確認票

令和 年 月 日

江田島市長 様

【申請者】

ふりがな

氏名

住所

〒

電話番号

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。

- 接種券の発行に当たっては、ワクチン接種記録システム上において江田島市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

1 接種者

接種者	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	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日		年 月 日

※接種券の送付先が異なる場合のみ記入

(〒 住所: 宛名: )

2 ワクチン接種歴（接種済証、接種記録証、接種証明書を提出される方は記入不要）

接種回数	接種の有無	接種年月日	ワクチンの種類	使用した接種券の発行自治体名
1回目	有・無	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
2回目	有・無	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
3回目	有・無	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
4回目	有・無	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(裏面の記入もお願いします。)

### 3 申請理由

- ①転入者  
 (どちらかに✓してください。)  
 今後、ワクチン接種を希望する       今後、ワクチン接種を希望しない  
 (ワクチン接種を希望する方で、4回目接種券の発行を希望する方で⑤に該当する方はお答えください。⑤の項目に該当しない方は、記入不要です。)

- ②接種券の紛失・破損(接種券再発行)

- ③接種券が届かない

- ④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

- ⑤4回目ワクチン接種を希望(該当するところに✓をしてください。)

- 60歳以上

- 医療従事者・高齢者施設従事者

- 18～59歳基礎疾患があり通院/入院している

(該当する基礎疾患に✓してください。)

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気  | <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病(高血圧を含む。) | <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等)   |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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。)  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患   |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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)   |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 染色体異常  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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)   |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群  |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 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) |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である   |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、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  |  |                                 |

- ⑥その他( )

※ 接種券の発送は、接種ができる月の前月に発送します。  
 最短でも2週間程度かかることがありますのでご了承ください。

受 付 印	被接種者の宛名番号 ※再発行の方は不要	
	発行形態	・郵送      ・窓口交付      ・その他( )
	確認身分証明書 ※コピー必要	・運転免許証      ・健康保険証      ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード      ・その他( )
	確認者 ( )	備考