

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書【4回目接種用】

令和 年 月 日

宛先 鴻巣市長

申請者 ^{ふりがな} 氏名 _____

住所 〒36 - _____

電話番号 _____

被 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	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
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"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() <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	
4回目接種の対象者となる理由		<input type="checkbox"/> 60歳以上である <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、基礎疾患があり、通院/入院している <small>※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。</small> <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、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場合) <input type="checkbox"/> BMIが30以上(18歳以上60歳未満) <input type="checkbox"/> 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歳以上60歳未満)	
3回目接種状況		①接種日: _____年 _____月 _____日 ②ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用) <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) ③接種の方法(当てはまるものにチェック): <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 ※大規模会場などで受けた場合も含む (接種券を送ってきた市町村名: _____) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	
<small>※接種済証、記録書、証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。</small>			