

接種券（再）発行申請書（新型コロナウイルス感染症予防接種）

第2期追加（4回目）接種

※4回目接種は3回目を受けてから5か月以上経過した人のうち、接種日において60歳以上の人、または基礎疾患がある18～59歳以下の人が対象です。

令和 年 月 日

知立市長宛

ふりがな
申請者 氏 名

住所 〒

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の家族
その他（ ）

下記のとおり接種券の発行を申請します。

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
3回目の 接種状況 (必須)	接種券が発行された市町村名（ ） / 接種日 年 月 日 ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 届いた接種券を予診のみで使用 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない（短期在住の外国人等） <input type="checkbox"/> 18-59歳で基礎疾患がある等で4回目を希望（詳細は裏面を記入） <input type="checkbox"/> 転入 下記①②をお読みの上、同意チェック欄に☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> ①接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、知立市が個人情報（氏名・生年月日）により申請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。 <input type="checkbox"/> ②転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。		
	申請書類等	<input type="checkbox"/> 本申請書 <input type="checkbox"/> 窓口に来る方の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等） <input type="checkbox"/> 3回目接種済であることを証明する書類の写し（接種済証・接種記録書・接種証明書のいずれか） <input type="checkbox"/> 前住所の自治体で発行された4回目接種券（発行された人のみ） <input type="checkbox"/> 海外で接種した人は接種地で発行された接種証明書が必須（接種日、ワクチン名が明記された写し） *住民票所在地以外（家族・施設宛て等）に送付希望する場合、下記書類も必要です。 <input type="checkbox"/> 「申請者及び被接種者」の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 送付用切手94円分 【申請書類の提出先】〒472-0031 知立市桜木町桜木11番地2 知立市保健センター宛	

<市記入欄>

受付日 年 月 日	受付者	ダブルチェック
本人確認 <input type="checkbox"/> 本人申請 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身分証明書（写真付） <input type="checkbox"/> 代理人申請（代理人の本人確認） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
基礎疾患 <input type="checkbox"/> 裏面該当番号 <input type="checkbox"/> 医療機関名		

4回目接種の対象者となる理由

- 18歳以上59歳以下であるが、基礎疾患があり、通院・入院している

※該当するものに☑をしてください

① <input type="checkbox"/>	慢性の呼吸器の病気
② <input type="checkbox"/>	慢性の心臓病（高血圧を含む）
③ <input type="checkbox"/>	慢性の腎臓病
④ <input type="checkbox"/>	慢性の肝臓病（肝硬変等）
⑤ <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
⑥ <input type="checkbox"/>	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く）
⑦ <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）
⑧ <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
⑨ <input type="checkbox"/>	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
⑩ <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）
⑪ <input type="checkbox"/>	染色体異常
⑫ <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が重複した状態）
⑬ <input type="checkbox"/>	睡眠時無呼吸症候群
⑭ <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有している、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）
⑮ <input type="checkbox"/>	18歳以上59歳以下であるが、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。
⑯ <input type="checkbox"/>	18歳以上59歳以下であるが、BMIが30以上を満たす（通院・入院をしていなくても対象となります）

①～⑮の通院または入院している医療機関名：
