

# 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

御殿場市長宛

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①・②・③をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- ① 【転入の方のみ】接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、御殿場市が個人番号（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。
- ② 【転入の方のみ】転出元で発行された接種券はご利用できません。
- ③ 【3回目接種・4回目接種ご希望の方】  
3回目および4回目接種用の接種券は、接種が可能になる日を過ぎてから住民票の住所に発送いたします。

被 接 種 者	氏 <small>ふりがな</small> 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 す る 接 種 券	<input type="checkbox"/> 1・2回目接種券（12歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目接種券（12歳以上） <input type="checkbox"/> 1・2回目接種券（5-11歳） <input type="checkbox"/> 4回目接種券（18歳以上）		
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 接種会場（ ） ※予診のみの方は裏面の記載は不要です		

（裏面につづく）

<市チェック欄>	
<input type="checkbox"/> 予約システム	<input type="checkbox"/> VRS
<input type="checkbox"/> 接種券発行	<input type="checkbox"/>

<p><b>これまでの接種状況</b> (当てはまるものにチェック)</p> <p><input type="checkbox"/> 接種していない</p> <p>※転出元で発行された接種券がある場合は添付してください</p> <p><input type="checkbox"/> 接種したことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 1回済 <input type="checkbox"/> 2回済 <input type="checkbox"/> 3回済</p> <p><b>添付書類</b> 接種確認書類いずれか1点 (郵送の場合は写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書 (ワクチンパスポート)</p> <p>を提出される方は、右の欄は<b>記入不要</b>です。</p>	1回目	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（小児用） <input type="checkbox"/>ノババックス <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>接種の方法：<input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 <input type="checkbox"/>その他（※）</p>
	2回目	<p>②接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（小児用） <input type="checkbox"/>ノババックス <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>接種の方法：<input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 <input type="checkbox"/>その他（※）</p>
	3回目	<p>接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>ノババックス <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>接種の方法：<input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 <input type="checkbox"/>その他（※）</p>

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・海外での接種
- ・その他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

**《4回目接種対象者は以下にチェックしてください》**

18歳以上60歳未満で下記に該当するものがある

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（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
基準(BMI30以上)を満たす肥満の方	重症化リスクが高いと医師が認める方