

接種券発行申請書（新型コロナワクチン）

令和 年 月 日

花巻市長 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。

（下記をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- ① 新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、花巻市が個人番号（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 代理人より、世帯主以外の新型コロナワクチン接種の発行を申請する場合、世帯主以外の接種履歴については、発券対象者の接種履歴について花巻市がVRSで個人番号（マイナンバー）以外の個人情報（氏名・生年月日・性別）により確認します。

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	(西暦)	年 月 日
	性別	男 ・ 女	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒	
接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済み → ()回接種済み		

※60歳未満の方で3回目接種が終了している方は基礎疾患等の有無も記載ください。

基礎疾患等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()裏面から番号を選択し、()に記載してください。
----------	--

(裏面につづく)

<p>接種状況</p> <p>※最後に接種したワクチンの接種日等を記載してください。</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書（ワクチンパスポート）を提出される方は、本欄は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②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"/>その他（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p style="text-align: center;">※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</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
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・上記の他、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
- ・在日米軍による接種
- ・海外での接種

【基礎疾患等】

- 0 1.慢性の呼吸器の病気
- 0 2.慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 0 3.慢性の腎臓病
- 0 4.慢性の肝臓病（肝硬変等）
- 0 5.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
- 0 6.血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 0 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。）
- 0 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
- 0 9.免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 1 0.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）
- 1 1.染色体異常
- 1 2.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）
- 1 3.睡眠時無呼吸症候群
- 1 4.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）
- 1 5. BMI が 30 以上である
- 1 6.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 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。