新型コロナワクチン接種券発行申請書【４回目接種用】

**※4回目接種は、3回目接種から5か月を経過した方のうち、60歳以上の方及び**

**基礎疾患がある方、医療従事者・高齢者施設・障害者施設等の従事者で18～59歳の方が対象です。**

令和　　年　　月　　日

高山村長宛

　　　　　　　　　　　　　　 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　□同一世帯員　□その他(　　　　　　)

※その他の場合は、別途、委任状が必要となります。

１.下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。（□にチェックをしてください。）

　□ 高山村の４回目接種用の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、

高山村が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、被接種者の現在及び以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認すること。

□ 他自治体で発行された４回目接種用の接種券がお手元にある場合は、使用しないこと。

２. 添付書類

□申請者の免許証等の本人確認書類

□被接種者の接種済証等の接種状況がわかるものの写し（再発行の場合は不要）

（裏面につづく）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふ 　り 　が 　な  氏　　　　名 | □申請者  と同じ |  | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | 〒 | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日 | | | |
| 転 送 先 住 所  （希望者のみ記入） | | （転送希望理由） | | □申請者と同じ | 〒 |
| 申 請 理 由 | | □ 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で４回目接種を希望している  □ 18～59歳だが、医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者で４回目接種を希望している  □ 接種券が届かない □接種券の紛失・破損　　□転入(※)  □ 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  　（使用した医療機関名 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ）  (※)転入前自治体の接種済証等の接種の記録がわかるものをお持ちの場合は、その写しを添付してください。 | | | |
| ４回目接種の対象者となる理由 | | □ 60歳以上である  □ 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  ※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。  □ 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（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）  □ 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）  □ 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が重複した状態）  □ 睡眠時無呼吸症候群  □ 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）  □ 18歳以上60歳未満であるが、ＢＭＩが30以上である  □ 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  □ 18歳以上60歳未満であるが、医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者である | | | |
| ３回目接種状況  ※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。  ※再発行の方は記入不要です。  ※わかる範囲で記入してください。 | | ① ３回目接種日 ： 　　　　年　 　月　 日  ② ワクチン種類 ： □ ファイザー □ モデルナ  　　　　　　　　　 □ 武田（ノババックス）　□ その他（　　　　　　　）  ③ 接種の方法（当てはまるものにチェック） :  　 □ 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 ： 　　　　　　　　　　　 　　 　）  　　（接種した会場名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □ その他(※2)（具体的に ： 　 ）  　※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。 | | | |

※1　精神障害者保健福祉手帳また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。

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

接種の記録がわかるものをお持ちの場合は、その写しを添付してください。

・海外在留邦人等向け新型コロナウイルス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

・日本で承認されているワクチンの海外での接種

・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