

接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【4回目接種用】

令和 年 月 日

(あて先)岐阜市長

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 ()

私は、接種券の発行を希望しますので、下記のとおり申請します。

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	〒 岐阜市
	生年月日	年 月 日	
	接種券番号(10桁)		
※3回目接種の接種済証などでわかりになる方はご記載ください			
4回目接種の対象となる理由	<input type="checkbox"/> ①18歳以上60歳未満で、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。		
	<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(※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)		
	<input type="checkbox"/> ②BMI30以上の方 (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		
<input type="checkbox"/> ③その他重症化リスクが高いと医師に認められた方			
3回目接種状況	①接種日	年 月 日	
	②接種時の住民票所在地	<input type="checkbox"/> 岐阜市 <input type="checkbox"/> 岐阜市以外(自治体名:)	
	③ワクチンの種類	<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)	
	④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(具体的に:) (※2)	
※接種済証、接種記録書、接種証明書を出される方は、本欄は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。			
※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。 1. 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 2. 在日米軍による接種 3. 製薬メーカーによる治験等としての接種 4. 海外での接種 5. 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			