

接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症予防接種)【4回目接種】

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、
60歳以上の方、基礎疾患がある18～59歳の方が対象です。

令和 年 月 日

千代田区長 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 ()

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
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 千代田区で発行された接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	

その他必要書類	◆本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)のコピー +
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> お持ちの方は いずれか1つ のコピー </div> <ul style="list-style-type: none"> ・3回目の接種済証(接種券付属の物) ・3回目接種記録書 ・ワクチンパスポート(1～3回分) ・前住所の自治体で発行された4回目接種券 <p>※海外で接種した方は接種地で発行された接種証明書が必須</p>

(裏面につづく)

4 回目接種の対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 60 歳以上である	
	<input type="checkbox"/> 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 <small>※基礎疾患がある方は、該当するものにチェックしてください。</small>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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） </div>	
	<small>※ 1 精神障害者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。</small>	
<input type="checkbox"/> 18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である		
<input type="checkbox"/> 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		
3 回目接種状況	①接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー（12 歳以上用） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	③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 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）（※ 2） <small>※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。</small>

※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。

- ・ 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
- ・ 在日米軍関係者による接種
- ・ 製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・ 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

お問合せ先
 千代田区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
 03-5211-4114

区確認欄