

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

令和 年 月 日

津山市長 様

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 親族 その他 ()

※代理人申請の場合は代理の方の本人確認書類の写しもご提出ください。

同意チェック欄

接種券の発行にあたっては、津山市が個人番号(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、接種記録を確認します。

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

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	〒
	生年月日	年	月 日 (歳)
申請する接種券		<input type="checkbox"/> 1・2回目用	<input type="checkbox"/> 3回目用 <input type="checkbox"/> 4回目用
申請理由		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <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"/> 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(裏面) <input type="checkbox"/> その他()	
接種状況 ※接種済証等を提出する場合は 記入不要 ※再発行の場合は記入不要		1回目	接種日 (年 月 日) ワクチンの種類 (<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他) 使用した接種券の発行自治体名 ()
		2回目	接種日 (年 月 日) ワクチンの種類 (<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他) 使用した接種券の発行自治体名 ()
		3回目	接種日 (年 月 日) ワクチンの種類 (<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他) 使用した接種券の発行自治体名 ()
送 付 先	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒

【添付書類】

必須書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(写し)
場合によって必要な書類	<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類(写し) <input type="checkbox"/> 転出元の自治体で発行された接種券(発行されていた場合のみ) <input type="checkbox"/> 接種記録がわかるもの(接種済証、接種記録書、接種証明書等)(写し) ※2~4回目を申請する場合

※郵送で申請する場合、下記まで送付してください。

〒708-8501 岡山県津山市山北520 津山市ワクチン接種推進室 行

【4回目接種の対象者となる理由】

60 歳以上である

18～59 歳だが、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（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（※）、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（※）場合）

※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。

18～59 歳だが、BMI が 30 以上である

18～59 歳だが、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

《市記入欄》

住民の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(受付日)
1・2回目	接種履歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	年齢区分	<input type="checkbox"/> 5～11歳 <input type="checkbox"/> 12歳以上	
3回目	2回目からの間隔	<input type="checkbox"/> 5ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 5ヶ月未満	
	年齢区分	<input type="checkbox"/> 12～17歳 <input type="checkbox"/> 18歳以上	
4回目	3回目からの間隔	<input type="checkbox"/> 5ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 5ヶ月未満	(受付者)
	対象区分	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患等 (18～59歳)	
接種済証の添付		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(発行者)
接種券の回収		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
交付方法		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	(確認者)
発行日		令和 年 月 日	