

# 新型コロナウイルス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歳の方等が対象です。

申請日 年 月 日

福山市長 様

申請者 フリガナ 名前 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者（接種を受ける人）との続柄等

本人 同居の親族（続柄： ） 法定代理人（ ）

※転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された4回目接種用の接種券がお手元にある場合、

その接種券は廃棄してください。

被 接 種 者	<small>フリガナ</small> 名前	<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	〒 広島県福山市
	生 年 月 日		年 月 日
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"/> 18～59歳の医療従事者等である <input type="checkbox"/> 18～59歳の高齢者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 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（ ）		
<input type="checkbox"/> 接種券の送付先を 変更する場合 ※原則、送付先は被接種者の住民票 住所地となります。変更する場 合は添付書類が必要です。 ※本人または法定代理人のみ可	送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 法定代理人住所 <input type="checkbox"/> その他住所	
	送付先郵便番号	〒	
	送付先住所		
	建物名・号室等		
	送付先名前		
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	①3回目接種日： 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"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <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： 都・道・府・県 市・区・町・村) <input type="checkbox"/> その他（海外など： ）(※1) ※自衛隊や都道府県の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>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>60 歳以上である</p> <p><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</p> <p>↓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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><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。）</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p><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。）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><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（※2）、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（※2）場合）</p> </div> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の医療従事者等である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満の高齢者施設等の従事者である</p>
-----------------------	---

※1 「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

※2 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、通院又は入院していない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

添付書類

- 被接種者の本人確認書類の写し（**必須**） 例：運転免許証、健康保険証の写しなど
- 被接種者の接種状況が確認できる書類の写し（**必須**） 例：接種済証、接種記録書、接種証明書の写し
- 居住実態を把握できる書類の写し（本人若しくは法定代理人が申請し、送付先を変更する場合）
- 申請者の本人確認書類の写し（代理申請の場合）
- 成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し（法定代理人が申請し、送付先を変更する場合）

被接種者の本人確認書類の写しを貼付けしてください。

**【本人確認書類（必須）】**

運転免許証、健康保険証の写しなど

郵送先

〒720-0831 福山市草戸町五丁目12番4号 福山市新型コロナウイルスワクチン接種実施本部

※「接種券」は普通郵便で送付します。簡易書留や速達を希望される場合は、返信用封筒（宛先を記載したもの）にその旨を記載し、料金分の切手を貼って同封してください。