

接種券発行申請書(新型コロナウイルスワクチン感染症)【1~4回目接種用】

年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 _____
〒 _____

北谷町長 様

住所 北谷町 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄

本人 同一世帯 その他()

※ 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

接種券番号

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	〒 _____	北谷町		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦	年	月	日 歳	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____				
発行を希望する接種券	<input type="checkbox"/> 小児用(5~11歳) <input type="checkbox"/> 1~2回目用(12歳以上) <input type="checkbox"/> 3回目用 <input type="checkbox"/> 4回目用					
申請理由	<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(市区町村名:) <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 → 裏面もご記入ください。					
接種状況	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	①接種日:	年	月	日	
		②ワクチン種類:	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ(コビシールド) <input type="checkbox"/> ノババックス(コボバックス) <input type="checkbox"/> その他()			
		①接種日:	年	月	日	
<small>※接種済証、接種記録書、接種証明書^{の写し}を提出する方は、本欄は記入不要です。</small>						
<small>②ワクチン種類:</small> <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ(コビシールド) <input type="checkbox"/> ノババックス(コボバックス) <input type="checkbox"/> その他()						
<small>①接種日:</small> 年 月 日 <small>②ワクチン種類:</small> <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ(コビシールド) <input type="checkbox"/> ノババックス(コボバックス) <input type="checkbox"/> その他()						

【添付書類】

- ① ワクチン接種対象者の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・在留カード等)の写し
- ② 接種済の方の場合は、接種済証、接種記録書又は接種証明書の写し
- ③ 成年後見人等の場合は、登記事項証明書等の写し

【申請先】

〒904-0103 沖縄県中頭郡北谷町字桑江731番地
 北谷町保健相談センター(新型コロナワクチン接種担当宛)
 TEL:098-923-0990 FAX:098-936-4440

北谷町確認欄	
担当者名	
受付方法	<input type="checkbox"/> 窓ぐち
	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 電話
	<input type="checkbox"/> ウェブ
交付状況	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済

(裏面)

<p>18歳以上60歳未満で4回目接種の対象となる理由</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 ※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> <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。） <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</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（※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）</p> <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（医療機関名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満の医療従事者等（医療機関名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満の高齢者施設等の従事者（施設名： _____）</p>
---------------------------------	---

※1 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。