

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歳～59歳の方等が対象です。

令和 年 月 日

日立市長 殿

申請者 フリガナ 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他（ ）

※その他代理人申請の場合は代理の方の本人確認書類のコピーもご提出ください。

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請します。

接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 1回目接種済	<input type="checkbox"/> 2回目接種済	<input type="checkbox"/> 3回目接種済			
申請種別	<input type="checkbox"/> 1回目接種券	<input type="checkbox"/> 2回目接種券	<input type="checkbox"/> 3回目接種券	<input type="checkbox"/> 4回目接種券			
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒 日立市				
	生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 ・ 女
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ					
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒					
申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 日立市で発行された接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 2. 転入 年 月 日 <input type="checkbox"/> 3. 海外で1回～3回接種 <input type="checkbox"/> 4. 発送日を過ぎても接種券が届かない <input type="checkbox"/> 5. 予診のみで使用 <input type="checkbox"/> 6. 18歳～59歳で基礎疾患があり、通院／入院しているため、4回目接種を希望している <input type="checkbox"/> 7. その他（ ）						

裏面も記入してください

接種履歴 ※申請理由で 2～6を 選んだ方 のみ記入	接種日	年	月	日
	1 回目	接種時の住所	都道 府県	市区 町村
	目	ワクチンの種類	ファイザー・武田/モデルナ・アストラゼネカ 武田/ノババックス・その他()	
接種履歴 ※申請理由で 2～6を 選んだ方 のみ記入	接種日	年	月	日
	2 回目	接種時の住所	都道 府県	市区 町村
	目	ワクチンの種類	ファイザー・武田/モデルナ・アストラゼネカ 武田/ノババックス・その他()	
接種履歴 ※申請理由で 2～6を 選んだ方 のみ記入	接種日	年	月	日
	3 回目	接種時の住所	都道 府県	市区 町村
	目	ワクチンの種類	ファイザー・武田/モデルナ・アストラゼネカ 武田/ノババックス・その他()	
※該当する場合は□にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業で接種を受けた <input type="checkbox"/> 在日米軍による接種を受けた <input type="checkbox"/> 製薬メーカーによる治験として接種を受けた <input type="checkbox"/> 海外で接種を受けた			
4回目接種の対象者となる理由 ※申請理由で 6を選んだ方 のみ記入 ※該当する疾患を確認し、□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(※)、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) <input type="checkbox"/> BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他() ※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。			
※記載内容をよくお読みの上、□にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 接種券の発行にあたり、ワクチン接種記録システム(VRS)において、日立市が氏名・住所・生年月日を用いて、以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認することに同意します。(VRSで確認ができない場合は、別途、接種済証等の提出が必要となるため、日立市からご連絡することがあります。)			

その他必要書類

○1～2回目接種券の申請

- ・前住所地の自治体で発行された接種券(転入等の方)
- ・海外で1回接種した方は接種地で発行された接種証明書の写し

○3回目(4回目)接種券の申請

- ・2回目(3回目)の接種済証の写し
- ・2回目(3回目)の接種記録書の写し
- ・前住所地の自治体で発行された3回目(4回目)の接種券(転入等の方)
- ・海外で2回(3回)接種した方は接種地で発行された接種証明書の写し

お持ちの方はいずれか1つ

お持ちの方はいずれか1つ