

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、18～59歳の方で基礎疾患がある方等や医療従事者等、高齢者施設等の従事者が対象です。

令和 年 月 日

新宿区長 宛て

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 その他（ ）

※転入を理由に申請を行う方は、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、その接種券は使用できませんので廃棄してください。（4回目接種用の接種券にこれまでの接種記録が記載されている場合、接種済証部分等は大切に保管してください。）

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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	〒 新宿区
	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"/> 3回目接種をした後に転入 <input type="checkbox"/> 予診のみで使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所（住民票に記載の住所と異なる場合）	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
送付先が住民票に記載の住所と異なる理由	<input type="checkbox"/> 施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人等が対応するため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） ③接種の方法： <input type="checkbox"/> 自治体の会場（自衛隊等の大規模接種会場を含む）や医療機関、職域会場での接種（使用した接種券を発行した自治体名： ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）（※1）		

（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 ※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。 <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（呼吸器障害等） <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（※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） <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 <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満の医療従事者等である。 <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。
----------------	--

※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、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

＜申請書の他に必要となる書類＞

- 【必要書類①】 被接種者の住民票に記載の住所がわかる本人確認書類（運転免許証、保険証等）の写し
- 【必要書類②】 下記 i～vi のいずれかに該当する場合、3回接種したことがわかる書類（接種済証、接種証明書、接種記録書、予診票の本人控え等）の写し
- i) 3回目接種後に転入、ii) 海外で接種、iii) 在日米軍による接種、iv) 海外在留邦人等向け接種事業で接種、v) 製薬メーカーによる治験として接種、vi) その他、自治体会場や医療機関、職域会場の接種に当てはまらない接種
- 【必要書類③】 送付先住所が住民票に記載の住所と異なる場合、下記を添付してください。
- ・送付先が住民票に記載の住所と異なる理由がわかる書類（施設入所契約書等）の写し
 - ・送付先住所の居住実態がわかる書類（被接種者名義の公共料金の領収書等）の写し
- 【必要書類④】 申請者が被接種者と異なる場合、申請者本人の確認書類（運転免許証、保険証等）の写し