

# 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）

令和 年 月 日

名古屋市長

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 同一世帯員 その他（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記①～④をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- ① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、名古屋市が個人番号（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、被接種者の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場合があります。
- ② 転入前の自治体で発行された4回目接種券は使用できません。
- ③ 接種券は3回目接種から5か月経過後に、申請された住所あてに送付します。
- ④ 4回目接種の対象者は、3回目接種から5か月経過した方のうち、60歳以上の方、18歳以上60歳未満の方で基礎疾患を有する方その他重症化リスクが高いと医師が認める方です。接種券が送付されても、4回目接種対象者以外の方は接種できません。

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	〒 名古屋市
	生年月日		年 月 日
送付先住所 ※この申請分のみ有効	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
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"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 [再発行] <input type="checkbox"/> 3回目接種をしたのち転入 <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 [再発行] <input type="checkbox"/> その他（ ）		
添付書類 (いずれか1つ) ※再発行の場合は不要	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書(ワクチンパスポート) <input type="checkbox"/> 3回目の接種記録が印字された他市町村の4回目の接種券 <b>※原本ではなく写しを添付してください。</b>		

(裏面にづく)

<4回目接種の対象者となる理由>

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（※）、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（愛護（療育）手帳を所持している（※）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 ※ 精神障害者保健福祉手帳又は愛護（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。
----------------	--

<3回目の接種状況>

再発行ではなく、接種済証などの接種履歴がわかる添付書類（表面に記載のもの）をいずれもお持ちでない方のみ、下記の事項をご記入の上、**必ず本人確認書類を添付してください。**

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"/> 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 （接種券を発行した市町村名：_____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____） ※自衛隊や都道府県が設けた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。
添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど） ①被接種者のもの ②申請者のもの（被接種者と同じ場合は添付不要）

郵送先  
 〒460 - 8799  
 名古屋中郵便局留（名古屋市中区三の丸三丁目1番1号）  
 名古屋市新型コロナウイルス感染症対策室接種券発行担当  
 ※「接種券発行申請書（4回目接種用）在中」と朱書きしてください。