

新型コロナウイルスワクチン接種券等発行申請書

鹿児島市長宛

(申請日)令和 年 月 日

申請者	ふりがな 氏名	
	住所	
	電話番号	- -
	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄) <input type="checkbox"/> その他()

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	
	生年月日	T・S・H 年 月 日	連絡先 (申請者と同じ場合、記入不要)
送付先住所 ※住民票以外の住所へ送る場合	(被接種者氏名と同じ場合、記入不要) 〒 - 送付先の住所: 送付先の宛名:		

申請内容

未接種の方	1回目のみ接種済の方	1・2回目とも接種済の方	1～3回目とも接種済の方
<input type="checkbox"/> 1・2回目用接種券	<input type="checkbox"/> 2回目用接種券	<input type="checkbox"/> 3回目用接種券	<input type="checkbox"/> 4回目用接種券

※3回目接種は、2回目の接種を受けてから5か月以上経過した、12歳以上の方が対象です。

※4回目接種は、3回目の接種を受けてから5か月以上経過した、60歳以上の方、基礎疾患がある18歳～59歳の方が対象です。

新型コロナウイルスワクチンを接種済の方へ ※分かる範囲でご記入ください

回数	接種日	年	月	日	ワクチン	接種場所
1回目	接種日	年	月	日	ワクチン	接種場所
2回目	接種日	年	月	日	ワクチン	接種場所
3回目	接種日	年	月	日	ワクチン	接種場所

申請理由(1～3回目用の接種券をご希望の方)

<input type="checkbox"/> ①転入 2回目接種時の(住民票所在)市町村 () <input type="checkbox"/> ②紛失等 <input type="checkbox"/> ③鹿児島市で2回接種後、5か月経過も接種券が届かない <input type="checkbox"/> ④予診のみで接種券を使用	<input type="checkbox"/> ※⑤海外で2回接種 <input type="checkbox"/> ※⑥海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業で2回接種 <input type="checkbox"/> ※⑦在日米軍従業員接種で2回接種 <input type="checkbox"/> ※⑧製薬メーカーの治験等における2回の接種 ※⑤～⑧は接種事実を証明する書類が必ず必要です
---	---

市記入欄
受付者:
処理状況

(裏面に続く)

申請理由(4回目用の接種券をご希望の方)

申請理由	<input type="checkbox"/> ①転入 3回目接種時の(住民票所在)市町村 () <input type="checkbox"/> ②紛失等 <input type="checkbox"/> ③鹿児島市で3回接種後、5か月経過も接種券が届かない <input type="checkbox"/> ④予診のみで接種券を使用 <input type="checkbox"/> ⑤18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目の接種を希望している	<input type="checkbox"/> ※⑥海外で3回目接種 <input type="checkbox"/> ※⑦海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業で3回目接種 <input type="checkbox"/> ※⑧在日米軍従業員接種で3回目接種 <input type="checkbox"/> ※⑨製薬メーカーの治験等で3回目の接種 ※⑥～⑨は接種事実を証明する書類が必ず必要です
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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(※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) <input type="checkbox"/>18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である(BMI=体重kg÷身長m÷身長m) <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 </div>	

※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。

【必要書類】

●本人が郵送または窓口提出する場合

- ①本申請書 ②本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証、旅券、健康保険証 など)
- ③新型コロナワクチンを接種した証明の写し ※新型コロナワクチンを接種済でお持ちの方のみ(接種証明書、予防接種済証、接種記録証など)

●代理人が郵送または窓口提出する場合

上記①～③の書類に加え、④委任状 ⑤代理人の本人確認書類の写し

鹿児島市長 殿	委 任 状	記入日:令和 年 月 日
代理人(代理で手続きされる方(申請者))		
氏名 _____	住所 _____	
私は、上記を代理人と定め、私の新型コロナワクチン接種券の交付申請及び受領を委任します。		
委任者(頼む方)		
氏名(自署) _____	印 _____	住所 _____
※自署以外の場合は、押印が必要です。		
生年月日 _____	年 _____	月 _____ 日 _____
日中に連絡の取れる電話番号 _____		
※委任状を偽造したり、不正に使用すると法律により罰せられます。 ※鉛筆や消えるボールペンは使用しないでください。		