

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和5年春開始
接種対応様式

由布市長 宛

令和 年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

以下の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

- * 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、由布市が個人番号または個人情報（氏名・生年月日等）により、被接種者が以前にお住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。
- * 申請日時時点で、薬事法に基づく接種間隔が経過していない場合は、接種間隔経過後の送付となります

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		年 月 日
	前回接種 *未接種 or 不明の場合は空欄可	前回接種日	前回接種時の住民票（自治体・市町村名）
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 大分県由布市 <input type="checkbox"/> その他 ()	

該当する年代の項目に チェックを入れてください。

生後 6カ月 ～4歳	<p><u>必要な初回接種券を選んでください。</u></p> <p><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</p> <p>※生後6カ月～4歳の初回接種は、3回目まで打つことで完了となります。 1度も接種したことがない場合は、すべてに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。</p>
5歳～ 11歳	<p><u>必要な接種券を選んでください。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 初回接種（1～2回目） <input type="checkbox"/> 追加接種（3回目または4回目等）</p> <p>※すでにオミクロン株を接種している場合は、そこで春開始接種分は終了です。ただし、令和5年4月末までにオミクロン株対応ワクチンを接種した基礎疾患のある方は、さらに追加で接種が可能です。基礎疾患に該当の場合は、裏面もご記入ください。</p>
12歳 ～ 64歳	<p><u>初回接種（1・2回目接種）が終了していますか？</u></p> <p><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 【初回接種（1・2回目）】用接種券を申請します</p> <p><input type="checkbox"/> はい ⇒ 【令和5年春開始接種】用の接種券を申請します</p> <p>※令和5年春開始接種は、<u>医療従事者や施設従事者、</u> <u>基礎疾患等がある方が対象となります。裏面もご記入ください。</u></p>
65歳 以上	<p><u>初回接種（1・2回目接種）が終了していますか？</u></p> <p><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 【初回接種（1・2回目）】用接種券を申請します</p> <p><input type="checkbox"/> はい ⇒ 【令和5年春開始接種】用の接種券を申請します</p>

※ 5歳～64歳の方で令和5年春開始接種の接種券を希望する場合は、下記の当てはまる項目に✓を記入してください。

【注意事項】基礎疾患や重症化リスクが高い方に該当するかどうか、由布市及び由布市新型コロナワクチンコールセンターでは判断できません。ご自身が要件に該当するかご不明な場合はあらかじめかかりつけ医にご相談ください。

★ 5～17歳用

A	次のいずれかの基礎疾患があり、通院／入院している	回答
	1.慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>
	2.慢性の心臓病	<input type="checkbox"/>
	3.慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/>
	4.神経疾患・神経筋疾患	<input type="checkbox"/>
	5.血液疾患	<input type="checkbox"/>
	6.糖尿病・代謝性疾患	<input type="checkbox"/>
	7.悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>
	8.関節リウマチ・膠原病	<input type="checkbox"/>
	9.内分泌疾患	<input type="checkbox"/>
	10.消化器疾患・肝疾患等	<input type="checkbox"/>
	11.先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他疾患や治療に伴う免疫抑制状態	<input type="checkbox"/>
	12.その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）	<input type="checkbox"/>
B	その他重症化リスクが高いと医師から認められている方	<input type="checkbox"/>

★ 18～64歳用

A	次のいずれかの基礎疾患があり、通院／入院している	回答
	1.慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/>
	2.慢性の心臓病（高血圧を含む。）	<input type="checkbox"/>
	3.慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/>
	4.慢性の肝臓病（肝硬変等）	<input type="checkbox"/>
	5.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"/>
	6.血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	<input type="checkbox"/>
	7.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"/>
	8.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"/>
	9.免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	<input type="checkbox"/>
	10.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（呼吸障がい等）	<input type="checkbox"/>
	11.染色体異常	<input type="checkbox"/>
	12.重症心身障がい（重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態）	<input type="checkbox"/>
	13.睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/>
	14.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）や知的障がい（療育手帳を所持している場合）	<input type="checkbox"/>
B	その他重症化リスクが高いと医師から認められている方	<input type="checkbox"/>
C	基準（BMI30以上）を満たす肥満の方	<input type="checkbox"/>
D	医療・高齢者施設等従事者の方（施設名： _____）	<input type="checkbox"/>

貼付書類糊付け位置

前回の接種の記録がわかる書類（接種済証、接種記録書、接種証明書の写し等）

※お手元になければ添付不要ですが、ワクチン接種記録システム（VRS）において接種履歴が確認できない場合は、資料の提出をお願いすることがあります。