

接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)

【小児（5歳～11歳）・令和5年秋開始接種接種用】

※令和5年秋開始接種は、初回接種を終了し、前回接種を受けてから3か月以上が経過した、5歳以上の方が対象です。

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____.

住 所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 保護者 同一世帯員 その他 ()

希望する接種券		<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	
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	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
申請理由		<input type="checkbox"/> 1 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 2 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 3 転入 <input type="checkbox"/> 4 基礎疾患があり、早期の接種を希望している <input type="checkbox"/> 5 施設等で接種予定（予定日： / ） <input type="checkbox"/> 6 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 <input type="checkbox"/> 7 その他()	
※健康増進課記入欄 健管番号			

※ 転入を理由に本申請を行う方は、これまでの接種記録（接種済証）の写しを必ず添付してください。

(裏面につづく)

該当する基礎疾患にチェックしてください。

↓

慢性呼吸器疾患

慢性心疾患

慢性腎疾患

神経疾患・神経筋疾患

血液疾患

糖尿病・代謝性疾患

悪性腫瘍

関節リウマチ・膠原病

内分泌疾患

消化器疾患・肝疾患等

先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態

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）

その他、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

接種状況 <small>※転入の場合は、これまでの接種の記録（接種済証、接種証明書）の写しを添付してください。</small> <small>※再発行の方は記入不要です。</small>		1回目	2回目	3回目
	①接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> その他()
	③接種場所(市区町村)			
		4回目	5回目	
	①接種日	年 月 日	年 月 日	
②ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> その他()		
③接種場所(市区町村)				

※職員記入欄

受付者		受付日	令和 年 月 日
接種券発行者		接種券発行日	令和 年 月 日
発行方法	郵送 ・ 手渡し (月 日 時頃)		
ティアラ入力	有 ・ 無 (VRS確認)	VRS確認	データ有 (写しを添付) ・ 無