

新型コロナウイルスワクチン接種券再発行申請書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

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 同居の親族
 その他()

下記のとおり、接種券の再発行を申請します。

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	西暦	年 月 日
再発行する接種券	<input type="checkbox"/> 1回目または2回目接種用 <input type="checkbox"/> 令和5年春開始接種用 <input type="checkbox"/> (乳幼児用)1～3回目接種用 <input type="checkbox"/> (小児用)3回目以降接種用		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他()		
送付先住所（住民票の 住所と異なる場合のみ）	〒		
	理由：		

※令和5年春開始接種（5月8日～8月31日）の対象は65歳以上の方、5歳～64歳の基礎疾患等有する方、または医療従事者・高齢者施設等従事者の方のみです。対象の方は裏面をご記入ください。（5～11歳でオミクロン株小児ワクチンを未接種の方は除きます。）

※この申請書は「新型コロナウイルスワクチン接種券再発行申請書」です。市外から本市に転入された方で新しく八王子市の接種券発行を希望される方は、『接種券発行申請書(転入用)』での申請を行って下さい。

※令和5年春開始接種は、65歳以上の方、5歳～64歳の基礎疾患等を有する方、または医療従事者・高齢者施設等従事者の方が対象です。

高齢者（65歳以上である）

医療従事者・高齢者施設等従事者

（所属医療機関・所属施設団体等： _____ ）

・以下の疾患を有している。

該当する番号に○をしてください。

・ 18歳以上64歳以下の方

以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- | | |
|--|--------------------|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） |
| 3. 慢性の腎臓病 | 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等） |
| 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 | |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | |
| 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） | |
| 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 | |
| 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 | |
| 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（呼吸障害等） | |
| 11. 染色体異常 | |
| 12. 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） | |
| 13. 睡眠時無呼吸症候群 | |
| 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）や知的障害（療育手帳を所持している場合）（※1） | |
| 15. 基準（BMI30以上）を満たす肥満の方 | |

・ 5歳以上17歳以下の方

以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- | | |
|---|----------------|
| 16. 慢性呼吸器疾患 | 17. 慢性心疾患 |
| 18. 慢性腎疾患 | 19. 神経疾患・神経筋疾患 |
| 20. 血液疾患 | 21. 糖尿病・代謝性疾患 |
| 22. 悪性腫瘍 | 23. 関節リウマチ・膠原病 |
| 24. 内分泌疾患 | 25. 消化器疾患・肝疾患等 |
| 26. 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 | |
| 27. 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） | |

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

※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、基礎疾患を有する方に該当します。