

郵便番号

住所

※電話番号、生年月日をご記入ください。

氏名

様

電話番号

上欄をご記入願います。

生年月日 西暦 年 月 日

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】

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、60歳以上の方、基礎疾患等がある18～59歳の方が対象です。60歳以上の方は5か月経過後に自動的に郵送されます。
申し込みは不要です。

<p>4回目接種の対象者となる理由に☑ (必ずいずれかにチェックをいれてください。)</p>	<p>18歳以上60歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している方は下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <p>☐慢性の呼吸器の病気 ☐慢性の心臓病（高血圧を含む。） ☐慢性の腎臓病 ☐慢性の肝臓病（肝硬変等） ☐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 ☐血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） ☐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。） ☐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 ☐免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 ☐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） ☐染色体異常 ☐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） ☐睡眠時無呼吸症候群 ☐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）</p> <p><u>その他下記の条件に当てはまる方も対象となります。</u></p> <p>☐18歳以上60歳未満で、BMIが30以上である ☐18歳以上60歳未満で、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</p>
<p>3回目接種状況</p>	<p>① 接種日： 年 月 日（わからなければ未記入で結構です。） ② ワクチン種類：☐ファイザー（12歳以上用） ☐武田/モデルナ ☐武田（ノババックス）</p>

※この用紙を返信用封筒にてご返送ください。

注：基礎疾患等のない方や、接種を希望しない方は返送する必要はありません。

※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。

※2 個人情報の取り扱いについて、お預かりした個人情報は、接種券の発送目的以外には一切の利用をいたしません。