

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【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、基礎疾患がある18～59歳の方、医療従事者・高齢者施設等従事者が対象です。

年 月 日

下野市長 様

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（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された4回目接種用の接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 60歳以上のため ↳ 裏面の「3回目接種状況」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している ↳ 裏面の該当する基礎疾患にチェックのうえ、「3回目接種状況」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 18～59歳だが、医療従事者または高齢者施設等従事者に該当し、4回目接種を希望している ↳ 裏面の「3回目接種状況」のみ記入してください。	

(裏面につづく)

<p>4回目接種の対象者となる理由</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</p> <p>※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。）</p> <p>□慢性の腎臓病 □慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p>□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</p> <p>□血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p>□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。）</p> <p>□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</p> <p>□免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p>□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）</p> <p>□染色体異常</p> <p>□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）</p> <p>□睡眠時無呼吸症候群</p> <p>□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>□18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方 ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 例：身長170cmで体重87kg以上の方、身長160cmで体重77kg以上の方</p> <p>□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</p>
<p>3回目接種状況</p>	<p>① 3回目接種日：令和 年 月 日</p> <p>（転入前に接種した場合、前の接種券が発行された市区町村： ）</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。</p>

※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。