

令和 年 月 日

## 新型コロナワクチン(4回目)接種券発行申請書

境港市長宛

ふりがな

(申請者) 氏 名 (〒 - ) (押印不要)

住 所

連 絡 先

被接種者との続き柄 被接種者本人 同一世帯員 その他( )

下記の被接種者は、新型コロナワクチン4回目接種の対象者に該当し、ワクチン接種を希望するため、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	氏 名									
	住 民 票 に 記 載 の 住 所	〒684-								
	生 年 月 日	(西暦)								
	接 種 券 番 号									
	3 回 目 接 種 日	(西暦) 年 月 日 ※ 接種券は、3 回目の接種日から 5 か月が経過した後に発送します。								
送 付 先 住 所	<input type="checkbox"/> 住 民 票 に 記 載 の 住 所 と 同 じ	〒 -								
4 回 目 接 種 の 対 象 と な る 理 由	裏面をご覧ください、該当するものにチェックしてください。									

## 4回目接種の対象者となる理由

1～4のうち、被接種者が該当する数字に○をつけてください。

### 1. 基礎疾患があり、通院／入院している。(該当する基礎疾患にチェックしてください。)

- 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(肝硬変など)
- 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(治療中の悪性腫瘍を含む。)
- 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(呼吸障害など)
- 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、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)

### 2. BMIが30以上である。(BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m))

### 3. 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。

### 4. 医療従事者等又は高齢者施設従事者等

**注意)** 18～59歳の方は、1～4のいずれかに該当する方のみ、4回目接種の対象となります。いずれにも該当しない方への接種券の発行はできません。