

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】

令和 年 月 日

古賀市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員

その他 ()

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5ヶ月以上経過した人のうち、60歳以上の人、基礎疾患がある18歳～59歳の人等が対象です。

①被接種者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票記載住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____
	生年月日		(西暦) 年 月 日
②送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____
※接種券は被接種者の住民票記載の住所に送付します。 送付先を変更する場合は別途手続きが必要です。			
③4回目接種対象理由	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している18歳～59歳		
④該当する基礎疾患等 【基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している18歳～59歳人のみ】 ※基礎疾患等に該当するかについては主治医等にご相談ください。 診断書等は不要です。なお、ワクチン接種の可否を最終的に判断するのは、接種会場で予診を行う医師となります。届出内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。	(<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。） <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） <input type="checkbox"/> 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 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（呼吸障がい等） <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 重症心身障がい（重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障がい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）や知的障がい（療育手帳を所持している場合） <input type="checkbox"/> 18歳以上 60歳未満であるが、BMIが30以上である ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳を所持している		
⑤3回目接種状況	・3回目接種日： _____ 年 月 日 ・ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス		

【内部用】
先行送付 or 基礎疾患