

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】

瀬戸市長 宛

令和 年 月 日

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 ()

被接種者は基礎疾患がある等の理由で4回目接種を希望するため、以下のとおり申請します。

- 被接種者（申請者欄と同じ場合は☑してください。記入は不要です。
送付先が住民票の住所と異なる場合、本人確認書類等を求めることがあります。

<input type="checkbox"/> ふりがな 氏名	_____	生年 月日	昭和・平成 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 住 所	〒 瀬戸市		
<input type="checkbox"/> 送付先住所 (住所と異なる場合)	〒 _____		

- 対象となる基礎疾患等について

該当するものに☑してください。	
1 以下の病気や状態で、通院・入院している方	
<input type="checkbox"/> ①慢性の呼吸器の病気	
<input type="checkbox"/> ②慢性の心臓病（高血圧を含む。）	
<input type="checkbox"/> ③慢性の腎臓病	
<input type="checkbox"/> ④慢性の肝臓病（肝硬変等）	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> ⑥血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	
<input type="checkbox"/> ⑦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。）	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	
<input type="checkbox"/> 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）	
<input type="checkbox"/> ⑪染色体異常	
<input type="checkbox"/> 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）	
<input type="checkbox"/> ⑬睡眠時無呼吸症候群	
<input type="checkbox"/> 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）	
通院・入院している病院・診療所名 (可能な範囲でご記入ください。)	病院・診療所名
2 上記に当てはまらない方のうち、次に該当する方は☑してください。	
<input type="checkbox"/> ⑮基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) (目安/身長170cmで体重87kg 身長160cmで体重77kg)	
<input type="checkbox"/> ⑯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が認める方	

※処理欄

受付	窓口・郵送	V	<input type="checkbox"/> 接種日 . . .	接種券 No.	21	交付	日付 担当 ()
	日付	R	<input type="checkbox"/> 5か月経過確認				
		S	<input type="checkbox"/> 種類 F・M・AZ				