

新型コロナウイルスワクチン4回目接種券発行申請書

[18歳以上59歳以下の基礎疾患を有する方、医療従事者等または高齢者施設等従事者申請用]

令和 ○年 ○月 ○日

旭川市長宛

新型コロナウイルスワクチン4回目接種券の発行を申請します。

接種対象者	ふりがな	あさひかわ たろう
	氏名	旭川 太郎
	住民票に記載の住所	〒0000-0000 旭川市〇条通〇丁目〇番地
	生年月日	(西暦) 19〇〇年 ○月 ○日
電話番号	〇×△-〇〇□△-×△〇□ <small>(※必ず正確に記入してください。)</small>	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所と異なる 〒	

電話番号の記入をお願いします

4回目接種の対象者となる理由(該当する項目にチェックをしてください。)

1 基礎疾患があり、通院/入院している

- 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。)
- 免疫の機能が低下している病気(治療中も含む。)
- ステロイド薬を服用している病気(治療中も含む。)
- 免疫の異常に伴う病気(治療中も含む。)
- 神経疾患や神経筋疾患(治療中も含む。)
- 染色体異常
- 重度心身障害(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)
※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。

必ずいずれかにチェック☑
を入れてください

- 2 BMI(※2)が30以上である ※2 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 医療従事者等または高齢者施設等従事者である

※接種を検討される方は、申請前にかかりつけ医に相談することをおすすめしています。
※接種前の予診の際に、医師が予診票の質問事項を見て、基礎疾患を有していることを確認します。
※上記4の詳細は二次元コードから新型コロナウイルスワクチン接種特設サイトを御確認願います。

