

4回目用 接種券発行・再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

※4回目接種は、3回目接種から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歳の方等、及び 医療従事者・高齢者施設等従事者が対象です。

申請日：令和 年 月 日

大洗町長 宛

申請者 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 ()

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

被接種者	ふりがな 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	大洗町		
	生年月日	西暦	年	月	日
申請理由	<input type="checkbox"/> 18歳~59歳だが、基礎疾患等の理由で4回目接種を希望している <input type="checkbox"/> 医療従事者、高齢者施設等従事者 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は予診のみ(接種なし)で使用した <input type="checkbox"/> その他 ()				
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				

(裏面につづく)

● 4回目接種の対象となる理由（該当箇所に○印を記入してください）

	60歳以上である
	<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 class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む。）</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p class="list-item-l1"><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</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>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 class="list-item-l1"><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</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p class="list-item-l1"><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（呼吸障害等）</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>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 class="list-item-l1"><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p class="list-item-l1"><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>
	18歳以上 60歳未満であるが、BMIが30以上である
	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
	医療従事者、高齢者施設等従事者である (勤務先：)

※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。

●3回目の接種状況

接種年月日	年 月 日	
ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種券を送ってきた市町村名	都・道・府・県	市・町・村