

# 新型コロナウイルスワクチン4回目接種券送付申請書

【18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方・医療従事者等及び高齢者施設・障害者施設等の従事者は申請が必要です】

令和 年 月 日

(宛先)

川越市長

新型コロナウイルスワクチン4回目接種券の送付を申請します。

## 【接種対象者】

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		(西暦)	
住民票記載 住所	〒 ー ー		
電話番号	※日中連絡がとれる連絡先を記入してください。 ( ー ー )	性別	男 ・ 女
3回目接種について	※分かる範囲でご記入ください。		
接種日	西暦 年 月 日		
接種券番号			
接種対象となる理由	以下「4回目接種対象者の範囲」の当てはまる項目にレ点をつけてください。		

※接種をご検討されている方は、接種券の送付申請前に、かかりつけ医によく相談してください。

## 4回目接種対象者の範囲（該当する項目にチェックしてください。）

### 1 以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- 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（呼吸障害等）
- 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 基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方

### 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方

### 4 医療従事者等及び高齢者施設・障害者施設等の従事者

受付日	月 日	接種券番号（JC）	
担当者		管理番号	
		発送日	