

# 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】

※3回目接種から5ヶ月以上経過した18～59歳の基礎疾患を有する方等

令和 年 月 日

神栖市長様

申請者	ふりがな		住所	〒	
	氏名				
	電話番号		被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者	生年月日 (西暦)	年 月 日	
	氏名	と同じ			
	住民票記載住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
3回目接種状況	接種日： 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				
申請理由	18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している				

※添付書類：本人確認書類の写し、3回目の接種記録が確認できるもの

## 基礎疾患の範囲など（該当する項目にチェックしてください。）

- 以下の病気や状態の方で、通院／入院をしている
  - 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。）
  - 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）
  - 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（※）、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）
- BMI が 30 以上である
- 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

※ 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。