

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】

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、
基礎疾患がある18歳以上～59歳以下の方及び、医療従事者や高齢者施設等従事者等が対象です。

令和 年 月 日

弥彦村長 宛

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____

住 所 (〒 _____) 弥彦村 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 (_____)

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	〒 _____
	生年月日		年 _____ 月 _____ 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
4回目接種の対象者となる理由		<input type="checkbox"/> 18歳以上59歳以下で、基礎疾患があり、通院／入院している ※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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/>慢性の心臓病（高血圧を含む。） <input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等） <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 <input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） <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。） <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 <input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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） <input type="checkbox"/>染色体異常 <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） <input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群 <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、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） </div> <input type="checkbox"/> 18歳以上59歳以下であり、BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 18歳以上59歳以下であり、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 <input type="checkbox"/> 18歳以上59歳以下の医療従事者等である <input type="checkbox"/> 18歳以上59歳以下の高齢者施設等の従事者である	