

新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）接種券発行申請書

壬生町長 宛

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の家族 その他（ ）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

4回目接種は、3回目接種を受けてから5ヶ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歳～59歳の方等が対象です。

接種券の発行にあたっては、以前にお住まいの市町村における接種記録を確認することもございますので、同意の上で申請して下さい。

予約可能な時期に接種券を送りますので、申請から実際の発行まで時間を要する場合があります。

申請理由	<input type="checkbox"/> ①18歳～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 <input type="checkbox"/> ②接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> ③転入 <input type="checkbox"/> ④接種券が届かない <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ）
------	--

被接種者	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	〒	

(裏面につづく)

<p>4 回目接種の対象者となる理由</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p>	<p><input type="checkbox"/>60 歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>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 ※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><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（※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> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>
<p>3 回目接種状況</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類： <input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>モデルナ <input type="checkbox"/>ノババックス)</p> <p>③接種完了時点での住民票上の自治体：</p> <p>都道 _____ 市区 _____ 府県 _____ 町村 _____ / 海外 _____</p>

※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。

【必要書類】

- 本申請書
- 本人確認書類（写しでも可、運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）
- 3 回目接種済であることを証明する書類（接種済証または接種記録）の写し（再発行の方は不要）

※お手元がない場合、3 回目接種完了時点で住民票があった自治体から接種済であることがわかる書類を取得してください

【郵送先】

〒321-0292 栃木県下都賀郡壬生町大字壬生甲 3 8 4 1 番地 1
壬生町役場 健康福祉課 健康増進係