

新型コロナワクチン接種券発行申請書（4回目接種）

<3回目接種から5ヶ月以上経過し、18歳以上60歳未満で基礎疾患を有する方、その他重症化リスクが高いと医師が認める方>

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____
 〒 _____
 住所 _____
 電話番号 _____
 被接種者との続柄 本人 同居の親族 その他（ ）

次のとおり、新型コロナワクチン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	〒 _____			
	生年月日	年 月 日				
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ				
送 付 先		<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	宛名		続柄	
			住所	〒 _____		

【裏面に続く】

<p>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、下記の該当する基礎疾患があるため</p> <p>I. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>II. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、かかりつけ医等で新型コロナウイルスに感染した場合に重症化リスクが高いと判断された方</p> <p>※場合により、医師からの診断書等の提出を求めることがあります。</p> <p>※接種当日の医師の判断により、接種できないことがあります。</p>
<p>3回目の接種状況</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"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③ 接種方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場、自衛隊等の大規模接種会場での接種 <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※接種済証、接種証明書等を提出される方は、<u>記入不要</u>です。 ※分かる範囲で記入してください。</p>

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種