

新型コロナワクチン接種券（4回目）送付申請書

【18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方用】

年 月 日

藍住町長 殿

※太枠内のみ記入してください。

申請者 (被接種者)	フリガナ			
	氏名			
	住所 【住民票の住所】	※ 3回目接種後に藍住町に転入した場合は、別途、接種歴確認等の手続きが必要です 藍住町		
	電話番号			
	生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
	3回目接種日	西暦	年	月 日
※ 申請者以外の方が申請する場合は、代理人欄にご記入ください				
代理人	フリガナ		続柄	
	氏名		<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所	※ 申請者と同一世帯員でない場合はご記入ください		
	電話番号			
	確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者本人の依頼により申請をします。		

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記の基礎疾患を有しているため、接種券の送付を申請します。

番号	要件	該当項目 (○を記入)	
1	慢性の呼吸器の病気		
2	慢性の心臓病（高血圧を含む。）		
3	通院または入院されている方		
4		慢性の腎臓病	
5		慢性の肝臓病（肝硬変等）	
6		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	
7		血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	
8	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。）		
9	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		
10	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患		
11	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）		
12	染色体異常		
13	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）		
14	睡眠時無呼吸症候群		
15	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）		
16	BMIが30以上である（BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg）		
17	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		

※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。

【個人情報の取扱いについて】

お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

備考

- **18歳以上60歳未満**で、基礎疾患を有する方または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は、この申請書に記入して申請をしてください。
- 3回目接種日から**5か月経過後**に4回目接種が可能です。

【接種券送付日】

3回目接種から5か月後を目途に住民登録をしている住所に送付します。

※3回目接種日から**5か月経過後**に4回目接種が可能です。

【提出方法】

郵送・ファクシミリ・窓口のいずれかでご提出ください。

【提出先】

藍住町保健センター（新型コロナウイルス感染症対策室）

〒771-1203 藍住町奥野字矢上前32-1

電 話 088-637-3132 088-692-8658

ファクシミリ 088-637-3158

受付時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）