

新型コロナウイルスワクチン 4 回目接種券発行申請書（基礎疾患のある方対象）

令和 年 月 日

魚津市長あて

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 魚津市 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他（ _____ ）

被接種者情報

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	3 回目接種日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

以下に該当しますので、接種券の発行を申請します。

※該当の疾患に○をつけてください

<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また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は除く。）
<input type="checkbox"/>	免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
<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"/>	免疫の異常を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）
<input type="checkbox"/>	BMI（肥満度を表す体格指数）30 以上の肥満の方（該当者は○をつけてください）
<input type="checkbox"/>	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

※BMI30 以上の目安：身長 170 c m で体重 87kg、身長 160 c m で体重 77kg