

双葉町新型コロナワクチン接種券(4回目)発行申請書

令和 年 月 日

双葉町長宛

私は、下記に該当するため、新型コロナワクチン4回目接種を希望します。

該当するものにチェック☑してください。

次の基礎疾患のため通院または入院している

・下記の当てはまる疾患に☑をつけてください。

- 慢性の呼吸器疾患の病気
- 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（※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場合※1）

※1 精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を所持している方については、通院また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。

- BMIが30以上である BMI=体重kg÷(身長m×身長m) 身長の単位はmです。例) 170cm=1.7m
- 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
- 医療従事者等である
- 高齢者施設等の従事者である

氏名			
住所	双葉町大字		
生年月日	S	・ H	年 月 日 (歳)
送付先住所	〒		
電話番号		3回目接種日：令和 年 月 日	

※基礎疾患が無い方・医療従事者及び高齢者施設等の従事者でない方は4回目接種の対象となりません。
申請は不要です。