

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書（4回目追加接種）

【基礎疾患を有する方用】

令和 年 月 日

中津市長宛

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（ ）

下記の事項に同意の上、新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請します。

接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、中津市が個人情報（氏名・生年月日）により、被接種者の以前にお住いの市区町村における接種記録を確認します。	<input type="checkbox"/> 同意します。
--	---------------------------------

上記「同意します」欄に がない場合は、転出元市区町村に接種履歴を確認することができず、接種券を発行することができない場合がありますので、ご了承ください。

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
	転出元市区町村 (転入者に限る)	※前の接種券が発行された市区町村 都・道・府・県 市・区・町・村		
3回目接種状況 ※ 接種済証、接種記録、接種 証明書を提出される方 は、本欄は記入不要です。 ※ 分かる範囲で記入してく ださい。	①接種日 : _____年 _____月 _____日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） ③接種の方法（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、職域会場での接種 (接種券を送ってきた市町村名： _____) <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）※2 ※都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、 職域接種会場での接種」を選んでください。			

(裏面のご記入ください)

対象の基礎疾患一覧

- 60 歳以上である
- 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。
- 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（※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）
- 18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である
- 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

※1 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所有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。

※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法があてはまります。

- ・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
- ・在留米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・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