

接種券発行申請書（新型コロナウイルスワクチン接種券）【4回目接種用】
基礎疾患等がある18歳～59歳の方等用の申請様式です。

令和 年 月 日

黒部市長宛

申請者	ふりがな氏名		
	住所	〒	
	電話番号		
	接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種を受ける方	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	昭和・平成	年 月 日 【申請日時点年齢】 () 歳
	3回目接種日	令和	年 月 日

※「接種を受ける方」の住民票記載の住所以外に送付を希望の場合のみ、記載してください。

接種券送付先	宛名	
	住所	〒

新型コロナウイルスワクチン4回目接種について、60歳未満で以下の基礎疾患等に該当し、接種を希望するため、接種券の発行を申請します。

番号	国が示す4回目接種の対象に該当する基礎疾患等	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	慢性の腎臓病	
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）	
5	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	
6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	
7	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。）	
8	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	
9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	
10	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）	
11	染色体異常	
12	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）	
13	睡眠時無呼吸症候群	
14	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）	
15	BMIが30以上である	
16	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。

※ お預かりした個人情報につきましては、接種券発行の目的以外には、一切の利用を行いません。