18～59 歳の基礎疾患の方

接種券発行申込書（新型コロナウイルス感染症）【４回目接種・基礎疾患用】

※４回目接種は、３回目接種を受けてから５か月以上経過した方のうち、基礎疾患がある 18～59 歳の方等が対象です。

令和　　年　　月　　日

玉東町長　宛

申請者　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　□本人　□同一世帯員　□その他（　　）

被接種者	氏名（ふりがな）	□申請者と同じ	
	住民票住所	□申請者と同じ	〒
	生年月日	□18～59 歳	年　月　日
	３回目接種日	□5 か月経過	年　月　日
送付先住所		□申請者と同じ	
希望ワクチン		□モデルナ以外	フアイザー希望　・　モデルナ希望　・　どちらでもよい
申請理由 ※重症化の高い具体的な基礎疾患		□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	