**新型コロナウイルスワクチン４回目接種券発行申請書**

**＊１８歳から５９歳の方で基礎疾患等を有する方の申請書です。**

複数の方が申請される場合は、この申請書をコピーしてご利用ください。

令和　　年　　月　　日

飯綱町長宛

新型コロナウイルスワクチンの4回目の接種を希望しますので、下記のとおり申請します。

【接種対象者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | **生年月日**  **（西暦）** | 年　　月　　日  （　　　　　歳） |
| **氏　名** |  | |
| **住民票記載住所** | 飯綱町大字 | | **電話番号**  **（連絡先）** | －　　　　－ |
| **接種券送付先住所** | 上記の住所と異なる方はご記入ください。  〒 | | **３回目の接種状況**  接種日　令和　　年　　月　　日  接種場所 | |
| 接種を希望する場所　　□にチェックをしてください。 | | |
| □　町の集団接種希望 | | □　かかりつけ医等で接種  かかりつけ医で接種される方は下記の項目の記入は要りません。 |

|  |
| --- |
| **◆該当する項目にチェックしてください。** |
| **基礎疾患の範囲**  **１．以下の病気や状態で／している方**  □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（呼吸器障害等）  □染色体異常  □重症心身障害者（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、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）  **２**．□BMI３０以上を満たす肥満の方　　　（BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））  **３**．□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判断された方 |

提出期限：7月15日（金）当日消印有効