

留萌市新型コロナワクチン接種券発行申請書

令和 年 月 日

住民票上の住所	〒 ー		
	都・道 府・県	市・区 町・村	
(フリガナ) 氏名			性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日 満 歳		
電話番号	() ー		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 ※ 1、2回目又は3回目のワクチン接種を終えている方は、「接種済証」「接種記録書」「接種証明書」のいずれかの写しを添付してください。		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失等 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 18歳から59歳で基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望 ※ 裏面の基礎疾患項目を確認し、該当する基礎疾患にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先住所	〒 ー 都・道 府・県 市・区 町・村 (住民票上の住所と異なる場合のみ記載してください)		

※ 書類の提出先は、留萌市新型コロナワクチン接種対策室まで。
 (〒077-0023 留萌市五十嵐町1丁目1番10号 保健福祉センターはーとふる内)

18歳から59歳の方で、4回目接種の対象となる理由

18歳から59歳の方で4回目接種を希望する方は、1又は2に該当する場合はチェックしてください。

1. 基礎疾患を有している方は、下記の項目で該当するものにチェックしてください。

回答欄	基礎疾患一覧
<input type="checkbox"/>	1. 慢性の呼吸器の病気
<input type="checkbox"/>	2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
<input type="checkbox"/>	3. 慢性の腎臓病
<input type="checkbox"/>	4. 慢性の肝臓病（肝硬変等）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
<input type="checkbox"/>	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。）
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	11. 染色体異常
<input type="checkbox"/>	12. 睡眠時無呼吸症候群
<input type="checkbox"/>	13. 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有している（※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）
<input type="checkbox"/>	14. BMIが30以上である

2. 重症化リスクが高いと医師から認められた方は、下記をチェックしてください。

回答欄	重症化リスク
<input type="checkbox"/>	18歳から59歳であるが、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