

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書【4回目接種用】

令和 年 月 日

西伊豆町長 様

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 ()

申請にあたっては裏面の注意事項をご覧ください。

被 接 種 者	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	ふりがな			
		氏名			
	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	住民票に 記載の住所	〒		
	生年月日	S	H	年	月 日
	3回目接種日	令和	年	月 日	
申請理由		<p>1. 基礎疾患があり、通院/入院している ※下記のうち、該当するものに✓してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病 (高血圧を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病 (肝硬変等)</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又はほかの病気を併発している糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 血液の病気 (ただし、鉄欠乏症貧血を除く。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 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方</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 基準 (BMI が 30 以上) を満たす肥満 ※BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ×身長 (m)</p>			
通院又は入院 している医療機関		※上記の申請理由が 1. または 2. の人のみ		医師名	

住民票の住所地以外への送付を希望する場合は、送付先住所を記載してください。

〒 _____

接種券発行申請書を行う際の注意事項

1. 申請を行う場合、必ずかかりつけ医に相談し必要と判断された場合のみ申請してください。
2. 申請書提出の際は、本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証等）を添付してください。
3. 接種券の発送は、申請内容を確認後、4回目接種が実施可能なタイミングに合わせて発送します。
4. 電話番号については、昼間でもつながる電話番号をお書きください。

接種をするときの注意事項

1. 基本はかかりつけ医での接種をお願いします。
2. かかりつけ医以外での接種を希望する場合、必ずお薬手帳を持参してください。
3. 接種券が届きましたら接種可能日を必ず確認して予約をしてください。
（3回目接種日から5ヶ月以上経過しているか。）

問合せ先

〒410-3514

静岡県賀茂郡西伊豆町仁科 401-1 西伊豆町役場 健康福祉課 健康係

TEL0558-52-1116 平日/午前 9:00～午後 5:00