

小川町新型コロナワクチン接種券発行申請書【4回目接種用】

令和 年 月 日

小川町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

電話番号（日中連絡がとれる連絡先） _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ _____ ）

下記の事項に同意の上、新型コロナウイルスワクチン4回目接種券の発行を申請します。

接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、小川町が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、接種記録を確認する必要がある場合、これらの調査に同意します。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 氏名	生年月日	(西暦) 年 月 日 () 歳
	住民票に 記載の住所	〒355- 小川町	
3回目 接種状況		接種日： 年 月 日	ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
4回目接種の対 象者となる理由 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を つけてください。)		<p>1 以下の病気や状態で、通院/入院している</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。） <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等） <input type="checkbox"/> 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"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） <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。） <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 <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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） <input type="checkbox"/> 染色体異常 <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） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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） <small>※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。</small>	
		2 <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である	
		3 <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	
		4 <input type="checkbox"/> 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者	

【申請先】 〒355-0327 小川町腰越 618 番地 新型コロナウイルスワクチン接種対策室
TEL：0493-81-5677