

# 【基礎疾患等該当者】新型コロナワクチン4回目接種券送付申請書

令和 年 月 日

(宛先)北本市長

※北本市に住民登録がある人が対象です。

フリガナ

氏 名

住 所 北本市

電話番号

生年月日

下記の基礎疾患等に該当するため、新型コロナワクチン4回目接種に係る接種券の送付を申請します。

※該当する申請理由にチェックをつけてください。

18歳～59歳で、下記基礎疾患を有しており、入院または通院をしている

※該当する基礎疾患にチェックをつけてください。

<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(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"/>	重症心身疾患(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に入院している、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)※

※「精神障害者保健福祉手帳」または「療育手帳」を所持している人は、通院・入院していない場合も4回目接種の対象として認められます。

18歳～59歳で、BMI値(30)以上ある

計算方法:体重kg÷身長m÷身長m

18歳～59歳で、新型コロナウイルス感染症に感染した場合の重症化リスクが高いと医師に認められた

上記疾患のかかりつけ病院	
3回目の接種日	(西暦)20 年 月 日
3回目の接種券番号※	

※3回目接種後に北本市へ転入された人は、転入前の市町村名をご記入ください。

【注 意 事 項】・接種に不安がある人は、ワクチンの接種について、あらかじめ主治医と相談することをおすすめします。

・お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

【提 出 先】〒364-8633 北本市本町1-111 北本市役所 健康づくり課新型コロナウイルスワクチン接種担当