

基礎疾患等を有する方（18～59歳）用  
新型コロナワクチン接種券（4回目接種用）発行申請書

令和 年 月 日

出雲市長 様

申請者 <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記の被接種者について、基礎疾患等を有するため、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	_____
	氏名		
	住民票記 載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____	
申請理由	<input type="checkbox"/> 基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している。 ※裏面も記入してください。		
同意事項	<input type="checkbox"/> 【上記の送付先住所が被接種者の住民票に記載の住所と異なる場合】接種券の発行 及び接種券送付について被接種者から異議の申し出があったときは、私（申請者） の責任において解決し、出雲市に一切の迷惑をかけないことを確約します。		

裏面に続く

4回目接種の対象  
者となる理由

- 基礎疾患があり、通院又は入院している。  
※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。
- 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（呼吸障害等）
- 染色体異常
- 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態）
- 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、精神障がい者保健福祉手帳を所持している（※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）や知的障がい（療養手帳を所持している（※1）場合）
- BMIが30以上である。
- 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。

※1 精神障がい者保健福祉手帳又は療養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。

【市記入欄】\*以下は記入しないでください

受付方法	受付	作成	照合	メモ
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（                      ）				