

追加接種（4回目接種）用

接種券発行申請書 兼 基礎疾患自己申告書（新型コロナウイルス感染症）

※4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち60歳以上の方、もしくは基礎疾患がある18～59歳の方等が対象です。

令和4年 月 日

四日市市長 宛

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（ \_\_\_\_\_ ）  
↳ 委任状必須

私は、下記のとおり、新型コロナワクチンの4回目接種の対象であることを申告します。  
あわせて、新型コロナワクチンの接種による発症予防等の効果と副反応のリスクの双方について理解した  
うえで、接種券の送付を依頼します。

↳ ご確認のうえチェック（✓）をお願いします

被 接 種 者	3回目接種時の 接種券番号								
	ふりがな								
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ							
	住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	四日市市					
	生年月日	(西暦)		年	月	日			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
申請理由 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
3回目接種状況  ※再発行の方は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。	① 接種日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） ③ 接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を送ってきた市町村名： _____ ) <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）(※1) ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。								

(裏面につづく)

<b>4回目接種の対象となる理由</b> <small>(いずれかにチェック)</small>	<input type="checkbox"/> 60歳以上である
	<input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満である
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ① <b>基礎疾患があり、通院／入院している</b>  <small>※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。</small>  <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（※2）、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（※2）場合）         </div>
<input type="checkbox"/> ② <b>BMIが30以上である</b>	
	<input type="checkbox"/> ③ <b>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</b>

※1 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

※2 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。

**記入に際してご注意いただきたいこと**

**本人確認書類のコピーを同封してください**（例：マイナンバーカード（表面）、運転免許証、健康保険証など）

- ・この申告書は、新型コロナワクチンの追加接種（4回目接種）用の接種券の発行申請にのみご利用いただけます。
- ・この申告書は、ひとりにつき1枚作成してください。
- ・本人が自署できない場合は、代筆者による申告が可能です。  
 本人の氏名と共に代筆者氏名及び本人との続柄を判るように記入してください。  
 例）四日市 太郎 代筆者 四日市 花子（妻）
- ・提出方法は、電子申請または郵送です。  
 郵送先は「〒510-8601 四日市市諏訪町1番5号 新型コロナウイルス感染症対策室」です。
- ・申告いただいた方には、3回目接種から5か月経過後、準備が整い次第、接種券を送付します。

**被接種者本人からの申請は電子申請が便利です**

詳しいご案内は市ホームページをご確認ください

<https://www.city.yokkaichi.lg.jp/www/index.html>