



<p><b>4 回目接種の対象者となる理由</b></p>	<p><input type="checkbox"/>60 歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>医療従事者等または高齢者施設等の従事者である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、基礎疾患があり、通院／入院している</p> <p>※下記の疾患のうち、該当するものにもチェックしてください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</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"/>染色体異常</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"/>睡眠時無呼吸症候群</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（※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）や知的障害（療育手帳を所持している（※1）場合）</p> </div> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18 歳以上 60 歳未満であるが、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</p>
<p><b>3 回目接種状況</b></p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p> <p>※次の場合は<b>記入不要</b>です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再発行の方</li> <li>・接種済証、接種記録書または接種証明書の写しを提出される方</li> </ul>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②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"/>武田（ノババックス）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村、自衛隊や都道府県が設けた会場／医療機関／職域会場での接種 （接種券を発行した市区町村名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（以下の該当するものにもチェックしてください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>海外での接種</li> <li><input type="checkbox"/>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</li> <li><input type="checkbox"/>在日米軍による接種</li> <li><input type="checkbox"/>製薬メーカーによる治験等としての接種</li> <li><input type="checkbox"/>上記以外の方法による接種（具体的に： _____）</li> </ul>

※1 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。

**【申請に必要なもの】**

- ① 本申請書
- ② 本人確認できるもの（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど）の写し
- ③ 3 回目接種済みであることを証明する書類（接種済証または接種記録書）の写し

**【申請先】**

〒344-8577 埼玉県春日部市中央六丁目2番地  
春日部市役所 新型コロナウイルスワクチン接種担当