

# 接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【4回目接種用】

令和 年 月 日

恵庭市長 宛

申請者 氏名 ふりがな \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

この申請書は、18歳以上60歳未満の基礎疾患がある方等が対象です。  
4回目接種は、3回目接種日から5か月が経過すると接種が可能です。  
接種予約が可能な時期に接種券を発送しますので、申請から発送までに時間を要する場合があります。

接種券の発行が必要な方について以下にご記入ください。 ※同時に申請できるのは、同一世帯の方のみです。

1	(フリガナ)			続柄	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者の同一世帯員 続柄 ( )	
	氏名					
	生年月日(西暦)	年	月	日		
	4回目接種の対象者となる理由※	該当する項目(裏面)の番号を記入してください。 私は、裏面の <input type="text"/> 番に該当します。				
	3回目接種状況	接種日	年	月	日	ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )
2	(フリガナ)			続柄	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者の同一世帯員 続柄 ( )	
	氏名					
	生年月日(西暦)	年	月	日		
	4回目接種の対象者となる理由※	該当する項目(裏面)の番号を記入してください。 私は、裏面の <input type="text"/> 番に該当します。				
	3回目接種状況	接種日	年	月	日	ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )
3	(フリガナ)			続柄	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者の同一世帯員 続柄 ( )	
	氏名					
	生年月日(西暦)	年	月	日		
	4回目接種の対象者となる理由※	該当する項目(裏面)の番号を記入してください。 私は、裏面の <input type="text"/> 番に該当します。				
	3回目接種状況	接種日	年	月	日	ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )

※4回目接種の対象となる理由の詳細については、裏面の番号等をご確認の上、記入してください。

## ■提出先(郵送またはFAXによる申請)

〒061-1442 恵庭市緑町2丁目1-1 (えにあす2階)  
 新型コロナウイルスワクチン接種対策室 接種券発行担当 宛  
 FAX番号 0123-25-5720



## ■電話またはwebサイトによる申請方法(この申請書は不要です。)

(電話申請) 恵庭市ワクチン接種コールセンター 0120-333-129  
 (webサイト) <https://www.harp.lg.jp/SksJuminWeb/EntryForm?id=WiTR9df5>

【申請用二次元バーコード】

#### 【4回目接種の対象となる理由】

18歳以上60歳未満の方で、下記のいずれかに該当する場合は、4回目接種の対象となります。  
4回目接種の対象となる理由については、ワクチン接種の問診時に接種医師より確認いたしますので、診断書等の確認書類は必要ありません。

#### ○以下の病気や状態で、通院／入院している

- ①慢性の呼吸器の病気
- ②慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- ③慢性の腎臓病
- ④慢性の肝臓病（肝硬変等）
- ⑤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
- ⑥血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- ⑦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。）
- ⑧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
- ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ⑩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）
- ⑪染色体異常
- ⑫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）
- ⑬睡眠時無呼吸症候群
- ⑭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）

※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。

#### ○その他

- ⑮BMIが30以上である  
BMI=体重kg÷（身長m×身長m）  
BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg。
- ⑯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  
上記基礎疾患等に該当しない場合でも、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場合は、4回目接種の対象となります。重症化リスクについては、かかりつけの医師等にご相談ください。