

窓口用  
4回目接種用

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】

※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、基礎疾患がある18～59歳の方等が対象です。

※接種券は申請書の受理後、3回目接種から5か月を目途に送付しますが、令和4年度中に  
18歳に到達される方については、お誕生日を迎えられてから発送いたします。

令和 年 月 日

宇治市長宛

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された4回目接種用の接種券がお手元にある場合、  
その接種券は廃棄してください。

【申請内容】

接種対象者	ふりがな 氏名	
	住民票に記載の住所	〒
	生年月日	年 月 日
	接種券番号	
	電話番号	
申請理由	<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（ ）	
送付先の変更	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 別紙の送付先変更届にご記入ください	

（裏面も必ずご記載ください）

<p>4回目接種の対象者となる理由</p>	<p><input type="checkbox"/>60 歳以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18 ～59 歳であるが、基礎疾患があり、通院／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。</p> <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> <p><input type="checkbox"/>18 ～59 歳であるが、BMI（※2）が 30 以上である</p> <p><input type="checkbox"/>18 ～59 歳であるが、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>3回目接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書 を提出される方は、本欄は記入不要です。 ※再発行の方は記入不要です。</p>	<p>① 使用した接種券 (接種券を送ってきた市町村名：_____)</p> <p>② 接種日：_____年_____月_____日</p> <p>③ 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）</p> <p>④ 接種会場 (接種会場名：_____)</p> <p>※宇治市外で接種された場合は会場の所在地も記入してください (会場所在地：_____都道府県_____市区町村)</p>

※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。

※2 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

※ なお、上記の内容に基づき、診察歴などを病院、診療所等に問い合わせることがあります。

【添付書類】

接種済証、接種記録書、接種証明書等、3回接種が完了した記録が分かるもの