

住所地外接種届（新型コロナワクチン4回目接種用）

令和 年 月 日

東北町長 殿

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族
☐ その他（ ）

東北町において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

被 接 種 者	ふりがな											
	氏名	☐ 申請者 と同じ										
	住民票に記載の住所	☐ 申請者 と同じ	〒									
	居住先住所	☐ 申請者 と同じ	〒									
	生年月日	年 月 日										
接種券番号（10桁）												
接種状況		3回目接種日（ 年 月 日）										
届出理由		☐ 単身赴任者 ☐ 遠隔地へ下宿中の学生 ☐ 里帰り出産による帰省等 ☐ DV、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者 ☐ 入院・入所者 ☐ 災害被害にあった者 ☐ 勾留又は留置されている者、受刑者 ☐ 基礎疾患を持っており、主治医の下で接種する者 ☐ その他 （理由： ）										
送付先住所		☐ 申請者 と同じ	〒									

裏面あり⇒

4 回目接種の対象者となる理由	☐60 歳以上である ☐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 ※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害とが重複した状態） ☐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） ☐18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である ☐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
------------------------	---