

FAX 番号 : 042-397-6200

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】

東村山市長 宛

下記の事項に同意の上、□に必ずチェックしてください。

国が定める基礎疾患(※1)、もしくは医師より高リスクと診断されています。

令和 年 月 日

被 接 種 者	接 種 券 番 号 (不明な場合は空白可)									
	ふ り が な									
	氏 名									
	住民票に記載の住所	〒								
	電話 もしくは FAX									
	生 年 月 日									
3 回 目 接 種 日										

◇3回目接種の記録がわかる下記いずれかの写しの添付をお願いします。

接種済証・接種記録書・ワクチンパスポート・前住所の自治体で発行された4回目用接種券

◇接種券は住民票住所に送付いたします。

◇新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、東村山市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の接種記録を確認します。

※1：基礎疾患がある方の範囲

(1) 次の病気や状態のかたで、通院又は入院している方

- 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ほか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（治療中の悪性腫瘍を含む）
- 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、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）

(2) 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)