

APPLICATION FOR THE ISSUANCE OF VACCINE COUPON (COVID-19 INFECTIOUS DISEASE) 4<sup>TH</sup> VACCINATION

## 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 Reiwa 年 yr. 月 month 日 day

東浦町長宛 To the Mayor of Higashiura;

申請者 氏名 Name of Applicant: \_\_\_\_\_

住所 Address: \_\_\_\_\_

電話番号 Telephone Number: \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 Relation with the applicant: 本人 self 同一世帯員 same household その他 others ( )

被接種者 Applicant	氏名 Name:	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ Same as the applicant:	
	住民票に記載の住所 Same address indicated in the residence registration.	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ Same as the applicant:	〒
	生年月日 Date of Birth:	年 YR.	月 MONTH 日 DAY
送付先住所 Sending address	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ Same as the applicant:		
申請理由 Reason of Application	<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 Above 18 yrs. old below 60 yrs. old but has an underlying illness, outpatient/hospitalized. ※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。Please check the things that corresponds below the following disease. <input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気 Chronic Respiratory Illness <input type="checkbox"/> 慢性の心臓病 Chronic Heart Disease (高血圧を含む。) Including high blood pressure. <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 Chronic Kidney Disease <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病 Chronic Liver Disease (肝硬変等) Liver Cirrhosis etc. <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 Diabetes under treatment in Insulin or internal medicine or other complication disease. <input type="checkbox"/> 血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) Blood disease (But, excluding iron deficiency anemia) <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。) Diseases that impair immune function (Under treatment or palliative care including malignant tumors.) <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 Receiving treatments that reduce immune function such as steroids etc. <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 Neurological and Neuromuscular disorders associated with immune disorders. <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) Deteriorated physical function due to neuromuscular disorders (respiratory disorders, etc.) <input type="checkbox"/> 染色体異常 Chromosome abnormalities <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) Severe mental and physical disorders (physical disability and severe intellectual disability.) Overlapping with mental retardation. <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 Sleeping Apnea Syndrome <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 (※)、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 Serious mental illness (hospitalized for treatment of mental illness, holder of welfare handbook for mentally handicapped person (※) or independence support medical care (Psychiatric outpatient care) in case that falls under “severe continuous” or intellectual disability (holder of nursing handbook.) <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である Above 18 yrs. old below 60 yrs. old but the BMI is above 30. Above 18 yrs. old below and below 60 yrs. old but the BMI is above 30. <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 Above 18 yrs. old below 60 yrs. old but the doctor have confirmed that although they are between this ages, they are at high risk of becoming more severe if they have COVID-19 infection.		
3回目接種状況 Situation of the 3 <sup>rd</sup> vaccination	① 接種日 Vaccination date : _____ 年 yr. _____ 月 month _____ 日 day ② ワクチンの種類 Type of vaccine <input type="checkbox"/> ファイザーPfizer (12歳以上用 for above 12 years old) <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Takeda/ Moderna <input type="checkbox"/> 武田 (ノババックス) Takeda Novavax		

※ 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。

Those who have a mentally handicapped handbook or nursing handbook are applicable to those who have an underlying illness even if they are not outpatient or hospitalized.