

記入例

- ① 申し込み方法は、電子申請、窓口申請、郵送申請の3つです。
- ② 申請書は、にかほ市 HP でダウンロードできるほか、スマイル、金浦保健センター、象潟保健センター窓口へ備え付けております。
- ③ 左半分は記入例です。右半分は切り取って、申請書としてもご利用できます。
- ④ ご家族に18歳～59歳で基礎疾患に該当する方が複数いる場合は、右側申請書を必要枚数分コピーして申請することも可能です。

【申請者】

フリガナ	ケンコウタロウ	電話	0184-32-3008
氏名	健康太郎	番号	
住所	〒018-0402 にかほ市平沢字八森31-1		
被接種者と続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()		

【被接種者】

フリガナ		
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
生年月日(西暦)	1978年9月10日(満43歳)	
4回目接種の対象となる理由	<p><input checked="" 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 ※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> <ul style="list-style-type: none"><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)<input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等)<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<input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く)<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)<input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患<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)<input type="checkbox"/> 染色体異常<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)<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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、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)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 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 (理由: ●●●●●●●●●●) (医療機関又は医師名: ●●●●)</p>	

基礎疾患が複数ある場合は、印も複数ご記入ください

【3回目接種を終えた60歳以上の方は、4回目接種券が随時送付されますので申請は不要です。】

【4回目接種用】接種券発行申請書(新型コロナウイルスワクチン)

4回目接種を希望する18歳から59歳の基礎疾患を有する方等は申請が必要です

にかほ市長 宛

【申請者】

フリガナ		電話	
氏名		番号	
住所	〒		
被接種者と続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()		

【被接種者】

フリガナ		
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
生年月日(西暦)	年 月 日 (満 歳)	
4回目接種の対象者となる理由	<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 ※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 <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) <input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変等) <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 <input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く) <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) <input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 <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) <input type="checkbox"/> 染色体異常 <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) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <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) <input type="checkbox"/> BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 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(理由:) (医療機関又は医師名:)	

【3回目接種を終えた60歳以上の方は、4回目接種券が随時送付されますので申請は不要です。】