

# たわらもと

Tawaramoto Town Public Relations

## 新型コロナワクチン追加接種(4回目接種)の対象者は以下の方です。

**対象者①** 60歳以上の方

**対象者②** 基礎疾患のある18歳以上60歳未満の方で、分類番号1~14を理由に通院または入院している方

**対象者③** 基礎疾患のある18歳以上60歳未満の方で、分類番号15.16にあてはまる方

下記表の分類番号を裏面の「新型コロナワクチン接種(4回目)接種券発行依頼書」の「該当する基礎疾患の分類番号」に記入ください。

分類番号	内容
1	慢性の呼吸器の病気
2	慢性の心臓病（高血圧を含む。）
3	慢性の腎臓病
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）
5	インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病
6	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
7	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。）
8	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
9	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
10	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）
11	染色体異常
12	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）
13	睡眠時無呼吸症候群
14	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）、または自立支援医療（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）
15	BMIが30以上である肥満の方（※2）
16	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

※1.精神障害者保健福祉手帳または、療育手帳を所持している方については、通院また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の求め方：BMIとは、肥満や低体重（やせ）の判定に用いる値で、{体重(kg)}÷{身長(m)の二乗}で算出します。  
例.体重87kg 身長165cmの方のBMIは、(式)87÷(1.65×1.65)=31.95 となります。

田原本町新型コロナワクチン接種  
コールセンター

0744-33-9567 新型コロナ FAX: 0744-32-2977

受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝・年末年始（12月29日～1月3日）を除く）

## 新型コロナワクチン接種＜4回目＞接種券発行依頼書

下記の接種希望者は、18歳以上60歳未満で依頼書の裏面にある4回目接種の対象となる理由により、通院または入院していることから、新型コロナワクチンの4回目接種を希望しますので、接種券の発行を依頼します。

申請日 令和 年 月 日

接種希望者 氏名①		住所（住民票に記載のある住所を記入してください）  田原本町
生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号（連絡のつく連絡先を記入してください）
該当する基礎疾患の 分類番号	裏面分類番号を記入してください	3回目 接種日 令和 年 月 日

接種希望者 氏名②		住所（住民票に記載のある住所を記入してください） <small>接種希望者①と同居の場合は「同上」と記入してください。</small>  田原本町
生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号（連絡のつく連絡先を記入してください）
該当する基礎疾患の 分類番号	裏面分類番号を記入してください	3回目 接種日 令和 年 月 日

接種希望者 氏名③		住所（住民票に記載のある住所を記入してください） <small>接種希望者①と同居の場合は「同上」と記入してください。</small>  田原本町
生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号（連絡のつく連絡先を記入してください）
該当する基礎疾患の 分類番号	裏面分類番号を記入してください	3回目 接種日 令和 年 月 日

希望人数が3人を超える場合は、この依頼書をコピーしてご利用ください。