



# 新型コロナウイルスワクチン 4回目接種についてのご案内



18歳以上60歳未満で基礎疾患を有する方は、

**接種券発行の申込みが必要です！**

3回目接種を受けた18歳以上60歳未満の方で、4回目接種の対象となるのは、下記の基礎疾患等に該当する方です。

接種を希望する場合には、基礎疾患等の状況や入院または通院している医療機関名等の必要事項を記入し、接種券発行の申込みを行っていただく必要があります。

## 4回目接種の対象となる基礎疾患等

厚生労働省手引きより

### 1. 以下の病気や状態の方で、通院・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 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、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）（※）

※入院または通院していない場合も対象になります。

### 2. 基準（BMIが30以上）を満たす肥満の方

- ・BMI値の計算方法  
ご自分の身長をcm⇒メートルにして、下記のように計算します  
BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

### 3. 上記1、2に該当しない方で、主治医等が重症化リスクが高いとして接種の必要性を認める場合（※）

※申込書には、接種の必要性を判断した医療機関および主治医等をご記入いただけます。

## 注意

- ① 申込みは、3回目接種を受けた後に行ってください。（申込書に3回目接種日をご記入いただけます。）
- ② これは、接種券発行のための申込みです。接種の予約は別に行う必要があります。
- ③ 接種券は、接種時期（3回目接種日から5か月経過後）が近づいた方から発送します。申込みをいただいても、必ずしも、直ぐに接種券を発送するわけではありません。
- ④ 60歳以上の方は、申込みを行う必要はありません。（3回目接種日から5か月経過した方に順次発送中です。）

## 申込方法

### ①インターネット申込

お手持ちのパソコン・スマートフォン・タブレットからネットで申込  
右のQRコード または 市ホームページのワクチンのページから専用ページへ



### ②FAX・郵送・ 窓口提出

所定の「ワクチン接種券送付申込書」に必要事項をご記入のうえ、提出ください。  
申込用紙配布場所 市ホームページ（ダウンロードして印刷）、  
下記の提出先窓口、市内の各医療機関  
提出先 FAX・郵送 FAX番号・郵送先は、申込書に記載してあります。  
窓 口 提 出 健康増進課（栃木市保健福祉センター内・今泉町2丁目）  
健康増進課サテライト窓口（市役所本庁舎2階）  
各総合支所地域づくり推進課

※裏面が、所定の申込書ですので、FAX・郵送・窓口提出の際にご活用ください。

## 受付終了日は未定

現時点で、受付終了日は未定ですが、今後、国が事業終了時期を示した場合には、それに応じて、受付終了の時期をお示しします。  
接種を希望する場合には、なるべく早く申込みをお願いします。

## 問合せ先



栃木市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

☎0282(21)2418 平日 9時～17時

# 新型コロナウイルスワクチン4回目接種券送付申込書

【3回目接種を完了し、18歳以上60歳未満で基礎疾患を有する方等のみ（60歳以上の方は提出不要）】

令和 年 月 日

栃木市長あて

【被接種者】		【申込者】 ※被接種者と同じ場合記入不要	
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
住所 (住民票に記載のもの)	栃木市	住所	
生年月日	年 月 日	被接種者との関係	
電話番号		電話番号	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者		<input type="checkbox"/> 申込者
3回目接種日	令和 年 月 日	※4回目接種券は、3回目接種日から5か月経過頃に発送になります。	

下記の1～3の該当理由に○を付けて、必要事項をご記入ください。

① 以下の病気や状態の方で、通院または入院をしている。

番号	要件	記入欄
該当する疾病等の記入欄に○を付ける	1 慢性の呼吸器の病気	
	2 慢性の心臓病(高血圧含む)	
	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又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、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)	

※ 14番に該当の方は、入院または通院していない場合も対象になります。

入院または通院している医療機関	所在地		医療機関名	
-----------------	-----	--	-------	--

② 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方 ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

③ 上記1, 2に該当しない場合で、主治医等が重症化リスクが高いとして接種の必要性を認める場合(医療機関に記入をお願いする必要はありません。)

必要性を判断した医療機関及び主治医等	所在地		医療機関名	
	主治医等氏名			

【提出】 ※お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

① FAX : 0282-25-7515	〒328-0027 栃木市今泉町2-1-40 栃木保健福祉センター内 新型コロナウイルス感染症対策室
② 郵送(右のあて先まで)	
③ 窓口(本庁舎2F健康増進課、栃木保健福祉センター、各総合支所)	