

新型コロナワクチン接種券発行申請書【4回目接種用 基礎疾患のある方】

令和 年 月 日

浦幌町長 宛

申請者 フリガナ
氏 名

〒
住 所

電話番号

被接種者 本人 同居の家族
との続柄 その他()

下記のとおり、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

●被接種者

氏 名	フリガナ	生年月日 (和暦)	昭和・平成 年 月 日	
	<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 〒 ー 十勝郡浦幌町字			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ	<input type="checkbox"/> その他	〒 ー
3回目接種日	令和 年 月 日	3回目接種市町村(浦幌町以外の場合)		

●基礎疾患

該当するものに☑をしてください。

○ 以下の病気や状態で、通院／入院している方

通院・入院している医療機関の名称【必須】〔 〕

- 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(肝硬変など)
- 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(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(呼吸障害など)
- 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)

○ 上記の病気や状態に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は☑をしてください。

- 1 BMI(肥満度を表す体格指数)が30以上のかた ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
- 2 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
↳重症化リスクを判断した医療機関及び医師【必須】〔 〕

※上記の基礎疾患に該当するかわからない場合は、主治医等にご確認ください。診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診において届出内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。