

新型コロナワクチン接種券交付申出書
【基礎疾患のある方（12～64歳）】

令和 年 月 日

加東市長

申出者 氏名 _____

住所 加東市 _____

電話番号 _____

対象者との続柄 本人 同居の家族

その他（ ）

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の交付を申し出ます。

対象者			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申出者と同じ	〒 ー 加東市	
かかりつけ医療機関名			
基礎疾患等 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<p>1. 以下の病気や状態の方で、通院・入院している方</p> <p><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。）</p> <p><input type="checkbox"/>慢性の腎臓病 <input type="checkbox"/>慢性の肝臓病（肝硬変等）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>染色体異常</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠時無呼吸症候群</p> <p><input type="checkbox"/>重い精神疾患や知的障害（※裏面参照）</p> <p><input type="checkbox"/>2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方</p>		

- ※重い精神疾患：精神疾患のため治療している、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
- ※知的障害：療育手帳を所持している場合