

新型コロナワクチン接種券発行申請書【65歳未満の方】

西原町長宛

令和 年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 _____

申請理由 対象の基礎疾患がある

住所 _____

医療従事者・高齢者・

電話番号 _____

障がい者施設従事者である

被接種者との続柄 本人 同居の親族

お勤め先

その他()

()

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		
	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	年	月
※対象の番号に ○を付けてください。		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（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。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） 15. BMI 30以上の方 (BMI) 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みとめられた	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	

前回接種日： 年 月 日（3カ月以上の方は即日発行可能）