

新型コロナウイルスワクチン接種券優先送付申請書

令和3年 月 日

三原市長 宛

■申請者

| | |
|----------|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 被接種者との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他() |

■被接種者

| | | |
|---------|---------------------------------|------|
| ふりがな | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | |
| 住民票記載住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | |
| 生年月日 | 年 月 日 | (歳) |

基礎疾患 ※該当するものをチェックしてください。(主なもの一つ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①慢性の呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> ②慢性の心臓病(高血圧を含む) | <input type="checkbox"/> ⑪染色体異常 |
| <input type="checkbox"/> ③慢性の腎臓病 | <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> ④慢性の肝臓病(肝硬変等) | <input type="checkbox"/> ⑬睡眠時無呼吸症候群 |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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、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場合) |
| <input type="checkbox"/> ⑥血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く) | <input type="checkbox"/> ⑮基準(BMI30以上)を満たす肥満の方 ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) |
| <input type="checkbox"/> ⑦免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む) | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 | |