

新型コロナウイルスワクチン接種券送付 申請書

下記に該当するため、新型コロナウイルスワクチン接種券の送付を申請します。

以下の基礎疾患等をご確認いただき、該当するものに☑をしてください。

18歳未満の方

以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- 慢性呼吸器疾患
- 慢性心疾患
- 慢性腎疾患
- 神経疾患・神経筋疾患
- 血液疾患
- 糖尿病・代謝性疾患
- 悪性腫瘍
- 関節リウマチ・膠原病
- 内分泌疾患
- 消化器疾患・肝疾患等
- 先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
- その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産時、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害）
- その他、重症化リスクが高いと医師が認めるもの

18歳以上の方

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)
- 基準(BMI30 以上)を満たす肥満の人
【BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)】
- その他、重症化リスクが高いと医師が認めるもの

【接種対象者】

住所 〒 _____
氏名 _____ 生年月日(年齢) _____ () 歳
連絡先 _____

※接種券は住所地にお送りします。

※接種券は前回の接種から3か月を経過しないと発送できません。