

新型コロナウイルスワクチン接種にかかる重症化リスク等該当者登録申請書

兼接種券発行申請書 <18歳～64歳の方用>

令和 年 月 日

豊郷町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

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 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 18～64歳だが、裏面に該当し、新型コロナワクチン接種を希望している	

提出必要書類

- ・前回の新型コロナワクチン接種済証(写しでも可)
- ・お薬手帳など通院状況の分かるもの(写しでも可)

※2023年度春開始の新型コロナウイルスワクチンの接種は接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、65歳以上の方、重症化リスクがある12歳～64歳の方、重症化リスクが高い方が集まる場所においてサービスを提供する医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者の方が対象です。

(裏面につづく)

<p>接種の対象者となる理由</p> <p>(該当するものにチェックしてください)</p>	<p><input type="checkbox"/> 18歳以上 64歳未満であるが、下記に該当し、通院／入院している</p> <p>※下記の疾患のうち、該当するものにチェックしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 慢性の呼吸器の病気<input type="radio"/> 慢性の心臓病（高血圧を含む。）<input type="radio"/> 慢性の腎臓病<input type="radio"/> 慢性の肝臓病（肝硬変等）<input type="radio"/> 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<input type="radio"/> 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）<input type="radio"/> 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。）<input type="radio"/> 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="radio"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患<input type="radio"/> 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="radio"/> 染色体異常<input type="radio"/> 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="radio"/> 睡眠時無呼吸症候群<input type="radio"/> 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している） <p><input type="checkbox"/> 18歳以上 64歳未満で精神障害者保健福祉手帳を所持している方、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する方</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害があり、療育手帳を所持している方</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上 64歳未満であるが、BMIが30以上である</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳以上 64歳未満であるが、重症化リスクが高い方が集まる場所においてサービスを提供する医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者である</p>
---	---