

(64 歳以下優先接種)

新型コロナウイルスワクチン接種券申請書

門川町長 安田 修 殿

下記の理由にて「新型コロナウイルスワクチン接種券」を申請します。

令和 年 月 日
申請者氏名： (続柄)

Tel

氏名(被接種者)	
生年月日(年齢)	S・H 年 月 日 (歳)
住所	門川町

申請理由を下記の 1 () または 2 () に○をつけてください。

1 () 基礎疾患がある または 基準 (BMI 30 以上) を満たす肥満の方 ※右記載の基礎疾患名に○をつける必要はありません	<ul style="list-style-type: none">・ 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 で (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)
2 () 高齢者介護施設等の介護従事者	施設または事業所名 ()