

※※※ 基礎疾患を有する者対象 ※※※

【粕屋町 新型コロナワクチン接種券送付希望申請書】

ふりがな
(宛先)粕屋町長 (申請者) 氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
被接種者 本人 同居の親族
との続柄 その他()

・太枠内にご記入ください。

接 種 希 望 者	ふりがな		生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	西暦 年 月 日
	住所	〒 _____ 粕屋町 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	希望する 接種形態	<input type="checkbox"/> 個別接種 ⇒ 個別に医療機関(かかりつけ医等)で接種を希望 ※接種券受取後、別途 医療機関で予約が必要です。 <input type="checkbox"/> 集団接種 ⇒ 集団接種会場(福祉センター)で接種を希望 ※接種券と合わせて接種日時を指定し、通知いたします。 来場が できない 曜日がある場合は <input type="checkbox"/> に ✓ をしてください。 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 日曜 ※ご希望の曜日に添えない場合もあります。	

該当する基礎疾患のに**✓**をしてください。

1. 令和3年度中に65歳に達しないものであって、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(呼吸器障害等)
 - 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)

以下、申請者をご記入、回答ください。

上記のした病気を見ている医師に新型コロナワクチン接種を受けていいと言われましたか？ はい・いいえ

かかりつけの病院・診療所名	医師氏名
---------------	------

2. 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方 接種者のBMI() : 体重 kg 身長 cm

誓約書

上記の内容に相違ないことを誓約します。

令和 年 月 日 申請者 氏名
または 被接種者 (自署)

なお、上記の内容に基づき、診察歴などを病院・診療所等に問い合わせることがあります。