

【18歳以上～64歳以下・令和5年春開始接種用】
基礎疾患・医療従事者等に係る接種券送付申請書

令和 年 月 日

潮来市長 宛

申請者住所

氏名

連絡先

接種者との続柄

基礎疾患等を有するため、新型コロナウイルスワクチン接種に関する令和5年春開始接種の接種券送付について、下記のとおり申請します。

1、接種を受ける人

住所 □同上	
フリガナ	
氏名 □同上	
生年月日(西暦)	
かかりつけの病院	

2、該当する基礎疾患（下記の□に✓を記入してください）

- 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（※1）、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（※1）場合）
- 18歳以上64歳以下で、BMIが30以上である
- 18歳以上64歳以下で、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた
- 18歳以上64歳以下の医療従事者、高齢者・障害者施設等の従事者である。
- その他（ ）

3、前回のオミクロン対応2価ワクチン接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。

①接種日： 年 月 日

②ワクチン種類：□ファイザー BA1・BA4/5 □その他（ ）

□モデルナ（スパイクバックス） BA1・BA4/5

※1 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。