

新型コロナウイルスワクチン優先接種申請書（基礎疾患患者用）

令和 年 月 日

伊万里市長 様

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 同居の親族 その他（ ）

私は、下記の基礎疾患を有していることを宣誓し、新型コロナウイルスワクチンの優先接種の申請を行います。

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	S	H	年	月

下記に示す基礎疾患に該当するかどうか確認して申請してください。

- 令和3年度中に65歳に達しない者であって、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
 - 慢性の腎臓病
 - 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）
 - 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）
 - 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）
 - 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
 - 慢性の肝臓病（肝硬変等）
 - 染色体異常
 - 睡眠時無呼吸症候群
- 基準（BMI30以上）を満たす肥満の方

※接種券については令和3年5月17日時点の住民票地に送付する予定です。変更がある場合は連絡してください。