

ワクチン接種券送付申請書（基礎疾患における優先接種）

令和3年 月 日

加須市長 宛

フリガナ
申請者
住所 〒

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の家族
 その他（ ）

私は、下記対象の基礎疾患一覧のいずれかに該当するため、接種（クーポン）券の送付を申請します。

被 接 種 者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と 同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 届出人と 同じ	〒
	生年月日（和暦）	昭和・平成 年 月 日	

対象の基礎疾患一覧 （注釈）各項目のチェックや病名等の記入は不要です。

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ① 慢性の呼吸器の病気 | ⑪ 染色体異常 |
| ② 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | ⑫ 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） |
| ③ 慢性の腎臓病 | ⑬ 睡眠時無呼吸症候群 |
| ④ 慢性の肝臓病（肝硬変等） | ⑭ 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） |
| ⑤ 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 | ⑮ 基準（BMI30以上）を満たす肥満の方
BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） |
| ⑥ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | |
| ⑦ 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。） | |
| ⑧ 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 | |
| ⑨ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 | |
| ⑩ 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） | |

接種券送付先

申請者の住所に送付 被接種者の住所に送付

NO.	
-----	--