

新型コロナウイルスワクチン接種券交付申請書（基礎疾患を有する方用）

令和 年 月 日

会津美里町長

【申請者】

フリガナ

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（ ）

被接種者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 年 月 日
	フリガナ 氏名	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住 所 会津美里町	

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記の基礎疾患を有しているため接種券の交付を申請します。

番号	基 礎 疾 患 内 容	該当する項目に○	備考
1	慢性の呼吸器の病気		
2	慢性の心臓病（高血圧を含む）		
3	慢性の腎臓病		
4	慢性の肝臓病（肝硬変等）		
5	インスリン等で治療中又は他の病気を併発している糖尿病		
6	血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）		
7	免疫の機能が低下する病気（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）		
11	染色体異常		
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）		
13	睡眠時無呼吸症候群		
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）		
15	基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 計算：BMI = 体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） 目安：①身長170cmで体重87kg、②身長160cmで体重77kg		

送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	〒