

新型コロナウイルスワクチン(令和5年春開始接種)申請書

[基礎疾患があるかた 5歳以上 65歳未満]

申請日 令和5年 月 日

基礎疾患があり、新型コロナウイルスワクチン接種（令和5年春開始接種）を希望するため、次のとおり申請します。

また、みやこ町が下記の個人情報（医療従事者・接種会場・コールセンターの運営者に提供することに同意します）。

1. 申請者（対象者）

フリガナ	
氏名	
住所	みやこ町
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	
基礎疾患 （該当の疾病にチェックをお願いします。）	次の病気や状態で、通院/入院をしている方 【18歳以上の方】 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く） <input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 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、または自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合） <input type="checkbox"/> 知的障害（療育手帳を所持している場合） <input type="checkbox"/> 上記以外で、BMI 30以上の基準を満たす肥満の方 <input type="checkbox"/> その他、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が認める方 【18歳未満の方】 <input type="checkbox"/> 慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 病気や治療による免疫機能の低下 <input type="checkbox"/> 神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患（糖尿病を含む。） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患

かかりつけの 病院または 診療所等	
-------------------------	--

2. 代理人[申請者（対象者）以外の方が届出をされる場合はご記入ください。]

氏名： _____

電話： _____