

# 新型コロナワクチン接種券送付申込書（基礎疾患のある方）

令和 年 月 日

佐渡市長 あて

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の送付を申し込みます。

申出者	ふりがな		生年月日	昭和・平成
	氏名			年 月 日
	電話番号			
	対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	住民票に記載の住所	〒 952 - 佐渡市		

対象者	<input type="checkbox"/> 申出者と同じ			
	ふりがな		生年月日	昭和・平成
	氏名			年 月 日
	住民票に記載の住所	〒 952 - 佐渡市		

※ 接種券は対象者の住民票記載住所に送付します。

◎ 対象となる基礎疾患の範囲から該当するものを選択してください。

番号	要件	該当に ○を記入
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	
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）	
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した状態）	
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	