

新型コロナウイルスワクチン接種券送付申込書

【基礎疾患を有する者（60歳未満）】

申込日 令和 年 月 日

(あて先)
山口市長

次のとおり、新型コロナウイルスワクチン接種券の送付を申し込みます。

1 対象者

住民票記載 住 所	〒 ー
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
電話番号	ー ー
基礎疾患	(裏面の基礎疾患の番号を記入してください)
かかりつけ の医療機関	(裏面の1～14の基礎疾患を有する方は記入してください。)

2 申込者

<input type="checkbox"/> 上記「1 対象者」と同じ	
上記「1 対象者」と異なる場合は以下をご記入ください。	
住民票記載 住 所	〒 ー
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
電話番号	ー ー
対象者との 関係	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 ()

(市役所使用欄)

受付日 令和3年 月 日
送付日 令和3年 月 日

受付印

・対象となる基礎疾患

(1) 以下の病気や状態の人で、通院や入院などを行っている方

- 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 精神疾患の治療のため入院している

(2) その他

- 15 基準（BMI30 以上）を満たす肥満の方

$$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$$

基礎疾患の確認は、予診票による本人の自己申告と接種前の予診で行う予定です。

診断書の提出は必要ありません。