新型コロナウイルスワクチン接種申請書（基礎疾患を有する方・４回目）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

栄村長　宛

申請者

 住所

 電話番号

 被接種者との続柄　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　）

下記のとおり、接種申請書を提出いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住民票記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 接種券番号 |  | ３回目の接種券に記載された１０桁の番号を記載してください |
| ３回目接種日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 疾患名 | 番号 |  | 裏面の疾患の中から、該当する番号を記載してください。 |
| かかりつけの病院 |  |
| かかりつけ医の確認 | 接種可　　　・　　　不可 |
| 送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 |

提出先（郵送・持参）

〒389-2702　下水内郡栄村大字北信3602－1

栄村診療所　コロナワクチン接種担当

基礎疾患の範囲（おもて面「疾患名」欄に該当する疾患の番号を記入してください）

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（BMI30 以上）を満たす肥満の方

⑯ その他重症化リスクが高いと医師が認める方