

# 新型コロナウイルスワクチン4回目接種券事前発行申請書

申請日 令和 4年 月 日

石川町長

【申請者】住 所  
氏 名  
電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の家族 その他( )

私は、接種券の発行を希望しますので、下記のとおり申請します。

住 所 (住民票記載住所)	〒 ー		
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏 名			
電話番号			
基礎疾患	下記の表「対象となる基礎疾患」から該当する基礎疾患の□にチェック (✓)		
接種券送付先 (上記住所以外の送付先)	〒 ー		

＜対象となる基礎疾患＞ 該当する基礎疾患の□にチェック(✓)してください。

◆以下の病気や状態の方で、通院・入院している方

- 慢性の呼吸器の病気
- 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 慢性の腎臓病
- 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- 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
- 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
- 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
- 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 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）
- 染色体異常
- 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）
- 睡眠時無呼吸症候群
- 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）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

◆  基準（BMI30 以上）を満たす肥満の方

※BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

◎提出方法 役場窓口（保健福祉課）またはFAX 26-4148へ