

※対象は、12歳（接種する日に12歳に達している方）から64歳までの方です

基礎疾患における優先接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

釜石市長 宛

申請者 氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の家族

その他 ()

下記のとおり申請します。

被接種者	ふりがな			
	氏 名			
	住民票に記載の住所	〒 -		
	生年月日	昭和・平成	年	月
申請理由	【下記の基礎疾患一覧からお選びください】 対象となる基礎疾患番号 ()			
対象の基礎疾患一覧				
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、鉄欠貧性貧血を除く） 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		
接種券の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に送付 <input type="checkbox"/> その他（送付先）()			

接種を希望する方法 ※ 希望する接種方法に○印を記してください。

- | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|
| 1. イオンタウン釜石での集団接種 | 2. かかりつけ医療機関での個別接種 | 接種を希望する医療機関名“必須”() |
| 3. どちらでも構わない | | |

対象となる人は、広報に折り込みした返信用封筒で郵送してください

※すでに予約をした人は届け出は不要です