

新型コロナワクチン接種券送付申込書  
(基礎疾患を有する者)

令和 年 月 日

島田市長宛

(申請者) ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者 本人 同居の家族  
との続柄 その他( )

○被接種者 ※ファイザー社ワクチンは接種日に12歳以上の方が対象になります。

氏名	ふりがな		生年月日 (西暦)	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ					
住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	—			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	—			

○基礎疾患について

該当するものに☑をしてください。

以下の病気や状態で、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(肝硬変など)
- 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(鉄欠乏性貧血を除く)
- 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)
- 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(呼吸障害など)
- 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、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)

上記の病気や状態に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は☑をしてください。

- BMI(肥満度を表す体格指数)が30以上の肥満の人 ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

かかりつけの病院・診療所	
具体的な病名・症状等	

なお、上記の内容に基づき、診察歴などを病院・診療所等に問い合わせることがあります。

提出先	〒427-0041 静岡県島田市中河町283-1 島田市役所健康づくり課 ワクチン接種推進チーム TEL: 0547-34-3282 FAX:0547-34-3299
-----	---

☆提出方法 ①郵送 ②FAX ③窓口での申請(保健福祉センター内健康づくり課)