

ワクチン接種券送付申請書（基礎疾患用）

令和 年 月 日

川崎町長 宛

【申請者】

フリガナ

氏 名

住 所 川崎町大字

電話番号

生年月日

年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記の基礎疾患を有しているため、接種券を送付されるよう申請します。

番号	要件	該当項目 (○を記入)	具体的な病名・症状等
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（肝硬変含む）		
5	インスリンなどで治療中又は他の病気を併発している糖尿病		
6	血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）		
7	免疫の機能が低下する病気		
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	重症心身疾患		
13	睡眠時無呼吸症候群		
14	重い精神疾患（精神障害者福祉手帳を所持、自立支援医療「重度かつ継続」に該当）または知的障害（療育手帳を所持）		
15	基準となるBMI値（30）以上 目安：①身長170cmで体重87kg、②身長160cmで体重77kg		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ ・ <input type="checkbox"/> 次の住所地へ（〒)		

【確認欄】

上記疾患のかかりつけ病院：	
主治医と相談のうえ、コロナワクチンの接種について問題がないことを確認しています。	<input type="checkbox"/> チェック

【個人情報の取扱いについて】

※ お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

提出先 〒827-0004 川崎町大字田原804
川崎町 保健センター