

※この申請書は、18歳から60歳未満で基礎疾患等の表に該当する方が対象です。

新型コロナワクチン接種券送付申請書【4回目接種】（基礎疾患等の方用）

令和 年 月 日

大月市長宛
申請者

(ふりがな) 氏名		3回目 接種状況	接種日 年 月 日
住所	大月市	3回目ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス
生年月日		電話番号	

番号	基礎疾患等の一覧表		該当項目 (○を記入)
1	通	慢性の呼吸器の病気	
2	院	慢性の心臓病（高血圧を含む）	
3	ま	慢性の腎臓病	
4	た	慢性の肝臓病（肝硬変等）	
5	は	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	入	血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	
7	院	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	さ	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	れ	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	
10	て	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	い	染色体異常	
12	る	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	方	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（※1）、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（療養手帳を所持している（※1）場合）	
15		基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 BMI30以上の目安：身長170cmで体重87kg以上、身長160cmで体重77kg以上 ※BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）	
16		新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた	

※1 精神障害者保健福祉手帳又は療養手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

※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。

※接種券は順次、送付します。