

**新型コロナワクチン接種券送付申請書【令和5年春開始接種】**  
**(基礎疾患等がある方用)**

令和 年 月 日

大月市長宛

申請者

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	大月市			電話番号	

令和5年新型コロナウイルスワクチン接種（春開始接種）の接種券を申請します。

※該当する基礎疾患の番号に○印をして郵送（提出）してください。

通院や入院をしている基礎疾患等の一覧表	
18歳未満の方の場合	18歳以上の方の場合
1. 慢性呼吸器疾患 2. 慢性心疾患 3. 慢性腎疾患 4. 神経疾患・神経筋疾患 5. 血液疾患 6. 糖尿病・代謝性疾患 7. 悪性腫瘍 8. 関節リウマチ・膠原病 9. 内分泌疾患 10. 消化器疾患・肝疾患等 11. 先天性免疫不全症候群・HIV感染症、 その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態 12. その他の小児領域の疾患（高度肥満、 早産児、医療的ケア児、施設入所や長期 入院の児、摂食障害）	1. 慢性の呼吸器の病気 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） 3. 慢性の腎疾患 4. 慢性の肝臓病（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、鉄欠乏性貧血を除く。） 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性 腫瘍を含む。） 8. ステロイドなどの免疫の機能を抑制する治療 を受けている方 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（精神通院治療） 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（BMI 30以上）を満たす肥満の方
13. 重症化リスクが高いと医師が認める方	16. 重症化リスクが高いと医師が認める方