

新型コロナワクチン接種(基礎疾患がある方)申請書

(富良野市に住民登録がある方 専用)

令和3年 月 日

富良野市長 様

申請者 氏名 _____
住所 富良野市 _____
電話番号 _____
被接種者との続柄 本人 同居の家族
その他

次のとおり、新型コロナワクチン接種(基礎疾患がある方)の申請をします。

被 接 種 者	住民票に 記載の住所	〒 富良野市		
	フリガナ		生年	(昭・平)
	氏名		月日	年 月 日
	電話番号			
申請理由	下記の基礎疾患の範囲から該当する項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 入れてください。 なお、診断書等の提出は必要ありませんが、チェックがない場合は受理できません。			
基礎疾患を有する方の範囲		((令和3年5月24日時点))		
(1) 令和3年度中に65歳に達しない者であって、以下の病気や状態の方で、通院・入院している方				
<input type="checkbox"/> 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 慢性の心臓病(高血圧を含む)	<input type="checkbox"/> 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> 慢性の肝臓病(肝硬変など)	<input type="checkbox"/> インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病
<input type="checkbox"/> 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 染色体異常	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/> 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、または自立支援医療(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)	
(2) その他				
<input type="checkbox"/> 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方は、あなたの身長 _____ c m・体重 _____ kgを記入ください。				
※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)				
※BMI 30の目安: 身長170 c mで体重87kg、身長160cmで体重77kg				
接種券送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所			