

# 新型コロナウイルスワクチン優先接種申請書

令和 年 月 日

赤 村 長 殿

|        |  |
|--------|--|
| フリガナ   | 被接種者との続柄   |
| 申請者 氏名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 |
| 住所     | <input type="checkbox"/> 通院/入院中医療機関の職員                     |
| 電話番号   | <input type="checkbox"/> その他 ( )                           |

下記の理由により、新型コロナウイルスワクチンの優先接種を希望しますので、関係書類を添えて申請します。

|   |           |   |   |  |        |
|---|-----------|---|---|--|--------|
| 被接種者  | フリガナ      | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ   |   |  |        |
|   | 氏名        |   |   |  |        |
|   | 住民票に記載の住所 |   | 〒 8 2 4 - 0 4 3                                     | 赤 内田                                     | 番地     |
|   | 生年月日      |   | 昭和 平成   | 年 月 日 ( 歳 )                              | ※接種日時点 |
| 該当する基礎疾患<br><br>※基礎疾患に該当する方については主治医等の判断、もしくは証明書や手帳等の交付の有無によります。<br>診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診において届出内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。 | A         | 以下の1~14の病気・状態により通院又は入院している。<br>または、行政機関から証明書や手帳の交付を受けている。   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 1 慢性の呼吸器の病気  | <input type="checkbox"/> 2 慢性の心臓病 (高血圧を含む。)         |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 3 慢性の腎臓病   | <input type="checkbox"/> 4 慢性の肝臓病 (肝硬変等)            |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 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  |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 6 血液の病気 (ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 7 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"/> 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  |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 10 精神疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態 (呼吸障がい等)  |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 11 染色体異常   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 12 重症心身障がい (重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態)   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 13 睡眠時無呼吸症候群   |   |  |        |
|   |           | <input type="checkbox"/> 14 重い精神疾患 (精神疾患のため治療している、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 (精神通院施設) で「重度かつ継続」に該当する場合) や知的障がい (療育手帳 (愛の手帳) を所持している場合) |   |  |        |
|   |           | B   | <input type="checkbox"/> 基準 (BMI が 3 0 以上) を満たす肥満の方 |  |        |
| かかりつけ医の病院<br>または診療所   |           |   |   |  |        |
| 村が独自に優先順位を<br>定めた職種に従事する者   | C         | <input type="checkbox"/> 高齢者等施設勤務   | <input type="checkbox"/> 学校職員等                      | <input type="checkbox"/> 児童福祉施設勤務 (保育士等) |        |

※本申請については、64歳以下の方 (昭和32年4月2日以降に生まれた方で、1回目の接種日時時点で16歳以上である方) が対象となります。

