

新型コロナウイルスワクチン接種届出書
(5歳から18歳までの基礎疾患がある方用)

令和 年 月 日

赤村長 殿

申請者	ふりがな	被接種者との続柄
	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接種を希望しますので、関係書類を添えて届け出ます。

被接種者	ふりがな	<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 福岡県田川郡赤村大字
	生年月日	平成 年 月 日 令和	※届け出が必要な方は以下のとおりです。 年齢が5歳から17歳までである。 (生年月日が平成17年4月2日から平成30年4月1日まで)
該当する基礎疾患	<input type="checkbox"/> 以下の1~14の病気・状態により通院又は入院している。 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	慢性呼吸器疾患	
	<input type="checkbox"/> 2	慢性心疾患	
	<input type="checkbox"/> 3	慢性腎疾患	
	<input type="checkbox"/> 4	神経疾患・神経筋疾患	
	<input type="checkbox"/> 5	血液疾患	
	<input type="checkbox"/> 6	糖尿病・代謝性疾患	
	<input type="checkbox"/> 7	悪性腫瘍	
	<input type="checkbox"/> 8	関節リウマチ・膠原病	
	<input type="checkbox"/> 9	内分泌疾患	
	<input type="checkbox"/> 10	消化器疾患・肝疾患等	
	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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）		

※基礎疾患に該当するか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。