

新型コロナウイルスワクチン接種 4 回目（基礎疾患を有する方）申請書

令和 年 月 日

伊方町長 様

申請者 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

接種希望者との続柄 本人 同居の家族
 その他()

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記に該当するため、クーポン券(接種券付き予診票)の送付を申請します。

接種希望者	住民票に記載の住所	〒 伊方町		
	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 該当する項目全てにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 診断書等の提出は必要ありませんが、 チェック <input checked="" type="checkbox"/> 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 4 年 6 月 27 日時点》		
(1) 接種券がお手元に届いていない方（18 歳から 59 歳）で、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(治療中の悪性腫瘍を含む)	<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)	<input type="checkbox"/> 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が認めた方
(2)	<input type="checkbox"/> 基準(BMI30 以上)を満たす肥満の方 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所	<input type="checkbox"/> 接種希望者の住所	
クーポン券送付先				

問い合わせ先：伊方町中央保健センター (Tel 0894-38-1811)