

4回目接種に係る<59歳以下>基礎疾患申告書(ワクチン接種券送付申請書)

令和4年 月 日

(あて先) 西会津町長 様

【申請者】 (本人)

ふりがな

氏名

住所

自治区

生年月日

電話番号

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記の基礎疾患を有しているため、接種券を送付されるよう申請します。

番号	要件	該当項目 (○を記入)	具体的な病名・症状等
1	慢性の呼吸器の病気		
2	慢性の心臓病 (高血圧を含む)		
3	慢性の腎臓病		
4	慢性の肝臓病 (肝硬変含む)		
5	インスリンなどで治療中又は他の病気を併発している糖尿病		
6	血液の病気 (鉄欠乏性貧血を除く)		
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。)		
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		
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	重症心身疾患 (重度の身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)		
15	基準 (BMI 30以上) を満たす肥満の方 ※BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) 目安: ①身長170cmで体重87kg、②身長160cmで体重77kg		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 次の住所地へ (〒) 電話 () 宛先氏名 () 続柄: 別居の親族・その他 ()		

【確認欄】

上記疾患のかかりつけ病院:

【個人情報の取扱いについて】

※ お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

提出期限: 令和4年5月27日 (金)

※受付期間を過ぎても申請は可能ですが、優先して接種券を送付できない場合があります。

提出先 〒969-4495 西会津町野沢字下小屋上乙3308
西会津町役場 町新型コロナウイルスワクチン接種相談窓口・健康増進課

※申請書の提出先は上記のほか、奥川支所又は新郷連絡所への提出も可です。