

- ◎ 65歳以上の方は、申請不要です。
- ◎ 基礎疾患に該当するかの判断はかかりつけ医にご確認ください。（保健センターでは判断できません。）
- ◎ 接種の最終的な可否は接種会場の医師の判断となりますのでご注意ください。

新型コロナワクチン令和5年春開始接種用接種券発行申請書 (12～64歳の基礎疾患を有する方、医療従事者等用)

申込日：2023年 月 日

吉田町長 あて

次のとおり、令和5年春開始接種の対象者に該当するので、接種券の発行を申請します。

1 ワクチン接種を希望する者

住民票の住所	吉田町		
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
前回の接種日	年 月 日	電話番号	— —
接種券番号※	※前回の接種済証に記載されている「00」から始まる10桁の数字を記入してください。		
該当要件	1 基礎疾患を有する者等 ⇒ <u>裏面も記入してください。</u>		
該当する項目 に○をつけて ください	2 医療機関や介護施設に従事する者 ⇒ (機関名・施設名：_____)		

2 申請者（「1 ワクチン接種を希望する者」と同じ場合は記入不要です）

住 所	(〒 —)		
氏 名	接種を希望する者との関係 ()	電話番号	— —
← 申請者宛の送付を希望する場合は、左欄に○をつけてください。			

申請方法

- ① 吉田町保健センターに郵送【郵送先：〒421-0301 吉田町住吉 1567 吉田町保健センター】
- ② 吉田町保健センターに FAX 送信【FAX：0548-32-7462】
- ③ 吉田町保健センターに持参

基礎疾患を有する者等に該当する方は、裏面も記入してください。

表面で「基礎疾患を有する者等」に○を付けた場合は、以下も記入してください。

(18～64 歳と 12～17 歳で項目が異なりますのでご注意ください。)

18～64 歳の方 該当する基礎疾患等 該当する項目に○をつけてください	1	次のア～セの病気や状態の方で、 <u>入院又は通院している方</u>
		ア 慢性の呼吸器の病気
		イ 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
		ウ 慢性の腎臓病
		エ 慢性の肝臓病（肝硬変等）
		オ 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
		カ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
		キ 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。）
		ク 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
		ケ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
		コ 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）
		サ 染色体異常
		シ 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）
		ス 睡眠時無呼吸症候群
		セ 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） ※ 精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を所持している方については、通院又は入院していない場合も、基礎疾患のある方に該当します。
	2 BMI が 30 以上の方	
	3 新型コロナウイルス感染症に感染した場合に重症化リスクが高いと医師が認めた方	

12～17 歳の方 該当する基礎疾患等 該当する項目に○をつけてください	1	次のア～シの病気や状態の方で、 <u>入院又は通院している方</u>
		ア 慢性呼吸器疾患
		イ 慢性心疾患
		ウ 慢性腎疾患
		エ 神経疾患・神経筋疾患
		オ 血液疾患
		カ 糖尿病・代謝性疾患
		キ 悪性腫瘍
		ク 関節リウマチ・膠原病
		ケ 内分泌疾患
		コ 消化器疾患・肝疾患等
		サ 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
		シ 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）
	2 新型コロナウイルス感染症に感染した場合に重症化リスクが高いと医師が認めた方	