オミクロン株対応ワクチン接種申請書  
（基礎疾患を有する方等）

【令和５年春開始接種用】

令和 ５年 　月　　日

（あて先）

森　町　長

次のとおり、オミクロン株対応ワクチンの接種を希望します。

１ 対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住民票記載  住所 | 〒　　　－  静岡県周智郡森町 | |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | |
| 裏面の「基礎疾患を有する方等の範囲」から、該当する番号を選択して記入 | |  |
| 具体的な疾患名（任意記入） |  | |
| 前回の接種日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日 | |
| 今回の接種予定日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日 | |
| 接種券の有無 ※ | 有　　　　　　・　　　　　無 | |

※接種券を紛失・破棄している場合は、再発行の手続きをしてください。

２ 申請者（ □　１ 対象者と同じ場合はチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者住所 | 〒　　　－ | | |
| ふりがな |  | 対象者との関係 | □親族 (続柄: )  □その他(　　　　　　) |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | | |

３ 送付先（ □　 ２ 申請者と同じ場合はチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先  住所 | 〒　　　－ |
| 送付先氏名 |  |

【町記載欄】受付日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付方法 | □　電話　　　□　郵送　　　□ＦＡＸ　　　□　窓口 | | | | | | | | | | |
| 処理日 | 年　　月　　日 | | | | 発　券 | | □　済　　（　　年　　月　　日） | | | | |
| 処理内容 | □　システム確認 | | | | 送　付 | | □　済　　（　　年　　月　　日） | | | | |
| 接種券番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

**基礎疾患を有する方等の範囲(No.1～28)**

【18歳以上の方】

＜以下の病気や状態の方で、通院／入院している方＞

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（肝硬変等）

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

６．血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）

７．免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）

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．重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態）

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）

＜その他＞

15．基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方

16. 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に認められた方

【17歳以下の方】

＜以下の病気や状態の方で、入院/通院している方＞

17．慢性呼吸器疾患

18．慢性心疾患

19．慢性腎疾患

20．神経疾患・神経筋疾患

21．血液疾患

22．糖尿病・代謝性疾患

23．悪性腫瘍

24．関節リウマチ・膠原病

25．内分泌疾患

26．消化器疾患・肝疾患等

27．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

28．その他の小児領域の疾患等

　　　▷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