

（宛先） 中間市長

次のとおり、接種券の早期発行を申込みます。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏名	
	住民票 記載住所	〒809- 中間市
	生年月日	年 月 日
	電話番号	- -

**【接種券発行の対象となる基礎疾患】 ※該当する欄にチェックしてください。**

<input type="checkbox"/> (1) 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> (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
<input type="checkbox"/> (2) 慢性の心臓病（高血圧を含む。）	<input type="checkbox"/> (9) 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
<input type="checkbox"/> (3) 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> (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（呼吸障がいなど）
<input type="checkbox"/> (4) 慢性の肝臓病（肝硬変など）	<input type="checkbox"/> (11) 染色体異常
<input type="checkbox"/> (5) 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"/> (12) 重症心身障がい（重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した状態）
<input type="checkbox"/> (6) 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血除く。）	<input type="checkbox"/> (13) 睡眠時無呼吸症候群
<input type="checkbox"/> (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。）	<input type="checkbox"/> (14) 重い精神疾患（次のいずれか：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持っている、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）や知的障がい（療育手帳を所持している場合）

基準（BMI30 以上）を満たす肥満の方

（令和3年6月4日現在の国が定める基礎疾患）

※ 接種券早期発行の対象となる基礎疾患等は、国の方針により見直されることがあります。

※ 接種券は、被接種者の住民票記載の住所に送付します。