

令和5年春開始接種
新型コロナワクチン接種券発行申請書

令和 年 月 日

出雲市長 様

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

下記の被接種者について、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	氏名		
	住民票記 載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
申請理由	<input type="checkbox"/> 基礎疾患がある等の理由で、令和5年春開始接種を希望する。 ※裏面も記入してください。		
発行希望の 接種券	<input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目		
同意事項	<input type="checkbox"/> 【上記の送付先住所が被接種者の住民票に記載の住所と異なる場合】接種券の発行 及び接種券送付について被接種者から異議の申し出があったときは、私（申請者） の責任において解決し、出雲市に一切の迷惑をかけないことを確約します。		

裏面に続く

【市記入欄】*以下は記入しないでください

受付方法	受付	作成	照合	メモ
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送				
<input type="checkbox"/> その他 ()				

○18 歳以上の方の場合 ※該当するものに ✓ を入れてください。

対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 以下の病気や状態の方で、通院又は入院している。 <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（肝硬変等） <input type="checkbox"/> 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 <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（呼吸障害等） <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がいとが重複した状態） <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、精神障がい者保健福祉手帳を所持している（※1）、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）や知的障がい（療育手帳を所持している（※1）場合） <input type="checkbox"/> BMI が 30 以上である。 <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に認められた。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等である。 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者である。
----------	--

※1 精神障がい者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

○18 歳未満の方の場合 ※該当するものに ✓ を入れてください。

対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 以下の病気や状態の方で、通院又は入院している。 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患・神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝性疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患・肝疾患 <input type="checkbox"/> 先天性免疫不全症候群、HIV 感染症、その他の疾患や治療を伴う免疫抑制状態 <input type="checkbox"/> 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） <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に認められた。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等である。 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者である。
----------	--