

宇佐市

基礎疾患における優先接種届(新型コロナウイルスワクチン接種)

令和 年 月 日

宇佐市長 是永修治 宛

申請者 氏名

〒
住所

電話番号

被接種者との続柄
(該当に○) 本人・同居家族
その他()

下記のとおり、申請します。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏名	
	住民票に記載の住所	〒 宇佐市
	生年月日(和暦)	大正・昭和・平成 年 月 日
申請理由		
対象の基礎疾患一覧		
<p>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(ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く) 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(重度の身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(精神疾患のために入院している、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(BMI30以上)を満たす肥満の方</p>		
接種券送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に送付 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所に送付	