

新型コロナウイルスワクチン（令和5年春開始接種）接種券発行申請書

（18歳以上で基礎疾患のある方対象）

令和 年 月 日

魚津市長あて

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 魚津市 _____

生年月日（西暦） 年 月 日

電話番号 _____

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族
☐ その他（ ）

被接種者情報

被 接 種 者	ふりがな			
	氏名	☐ 申請者と同じ		
	住民票に記載の 住所	☐ 申請者と同じ	〒	
	生年月日	年 月 日	前回接種日	年 月 日

以下に該当しますので、接種券の発行を申請します。

※該当の疾患に○をつけてください

☐	慢性の呼吸器の病気
☐	慢性の心臓病（高血圧を含む）
☐	慢性の腎臓病
☐	慢性の肝臓病（肝硬変等）
☐	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
☐	血液の病気（ただし鉄欠乏性貧血は除く。）
☐	免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
☐	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
☐	免疫の異常を伴う神経疾患や神経筋疾患
☐	神経疾患や神経筋疾患が原因で身体機能が衰えた状態（呼吸障害等）
☐	染色体異常
☐	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）
☐	睡眠時無呼吸症候群
☐	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）
☐	BMI（肥満度を表す体格指数）30以上の肥満の方（該当者は○をつけてください）
☐	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

※BMI30以上の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg