

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歳未満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

	慢性呼吸器疾患
	慢性心疾患
	慢性腎疾患
	神経疾患・神経筋疾患
	血液疾患
	糖尿病・代謝性疾患
	悪性腫瘍
	関節リウマチ・膠原病
	内分泌疾患
	消化器疾患・肝疾患等
	先天性免疫不全症候群、HV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
	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）
	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