住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症） 【令和5年度春接種】

令和 年 月 日

魚津市長宛

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 同居の親族
 その他（ ）

魚津市において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

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	〒								
	居住先住所	☐ 申請者 と同じ	〒								
	生年月日	年			月			日			
接種券番号（10桁）											
接種状況	☐ 未接種 ☐ 1回接種済み ☐ 2回接種済み ☐ ____回接種済み										
接種該当理由	☐ 65歳以上である ☐ 12歳以上65歳未満であり、裏面「接種に該当する基礎疾患」のいずれかに該当する基礎疾患があり、通院又は入院している（裏面もご記入ください） ☐ 12歳以上65歳未満であり、BMI 30以上である ☐ 12歳以上65歳未満であり、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ている										
届出理由	☐ 単身赴任者 ☐ 遠隔地へ下宿中の学生 ☐ 里帰り出産による帰省等 ☐ その他やむを得ない事情があり住民票所在地外に居住している （ ）										
送付先住所	☐ 申請者 と同じ	〒									

接種に該当する基礎疾患 ※該当の疾患に○をつけてください。

【18 歳以上】

	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）

【18 歳未満】

	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、HIV 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）

(参考) BMI（肥満度を表す体格指数）

$$BMI = \text{体重 (キログラム)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$$

BMI 30 以上の目安：身長 170 c m で体重 87kg、身長 160 c m で体重 77kg