

新型コロナワクチン接種券 優先送付申請書

令和 年 月 日

蒲郡市長 宛

申請者	ふりがな					ふりがな						
	氏					名						
	住所	〒			-							
		蒲郡市										
	電話番号 (左詰め)											
生年月日					昭和	平成		年		月		日

下記の基礎疾患を有しているため、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

番号	要件	該当項目(○を記入)
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（肝硬変等）	
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	免疫の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、免疫の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	重症心身疾患（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）	
13	睡眠時無呼吸症候群	
14	重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者福祉手帳を所持している、または自立支援医療（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	基準となるBMI値（30）以上 ※BMI=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）	

通院または入院している医療機関名 (15番の対象者は記入不要です)	
--------------------------------------	--

【個人情報の取扱いについて】お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

提出先	〒443-0036 蒲郡市浜町4番地 蒲郡市役所 新型コロナウイルスワクチン接種推進室 FAX 0533-67-9101	問合先	蒲郡市新型コロナワクチンコール TEL 0533-56-2353 (かけ間違いにご注意ください)
-----	---	-----	---

2021.5月作成