

(4回目接種用) 新型コロナワクチン接種券の送付申請書【基礎疾患を有する方等用】

－ この申請に、診断書や手帳等の基礎疾患を証明するものは不要です －

鹿児島市長 宛

申請日 令和 年 月 日

郵送で提出する場合 ※切り取ってご利用ください

〒892-0816
 鹿児島市山下町1-1番1号
 鹿児島市役所 感染症対策課
 新型コロナワクチン4回目接種担当 宛

FAXで提出する場合：感染症対策課 099-803-7026

| | | |
|-----|----------|--|
| 申請者 | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 被接種者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 () |

新型コロナワクチン接種について、下記の通り接種券の送付を申請します。

| | | | |
|---|--|--|--|
| 被接種者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※同じであれば記入不要 | |
| | 住所 <small>(住民票記載の住所)</small> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※同じであれば記入不要 | 鹿児島市 |
| | 生年月日 | (昭和 ・ 平成) 年 月 日 | 18歳~59歳までの方が対象です。 60歳以上の方は申請不要です。 |
| 該当項目 | 1. 以下、①から⑭の基礎疾患があり、通院または入院している | | |
| 該当するものに○をしてください | 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） | | |
| | ⑬睡眠時無呼吸症候群 | | |
| | ⑭重い精神疾患(精神疾患の治療で入院している、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) (※) 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方は、通院、入院していない場合も、基礎疾患のある方に該当しますので、「通院・入院している医療機関名」は記入不要です。 | | |
| 通院・入院している医療機関名 ①から⑭に該当する場合、ご記入ください | | | |
| 2. 基準 (BMI30 以上) を満たす肥満の方 ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) | | BMIの数値を ご記入ください | |
| 3. 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。 | | | |
| 相談された医療機関 | | 重症化リスクが高いとされた原因 (任意) | |

※「基礎疾患を有する方」、「その他重症化リスクが高いと医師が認める方」に該当するか否かについて、基礎疾患等で医療機関を受診しておられる方や、事前に相談できる医療機関をお持ちの方は、その医療機関の医師にご相談ください。