

新型コロナウイルスワクチン4回目接種における基礎疾患申請書
《18歳以上 60歳未満》

令和 年 月 日

常陸太田市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

下記のとおり、基礎疾患の申請をします。

被接種者①	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	生年月日（西暦）	年 月 日			
	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
申請理由		※裏面より該当番号を記載（複数選択可）	3回目 接種日	年 月 日	

同一世帯で他に申請者（基礎疾患のある方に限る）がいる場合は以降に記入してください。

被接種者②	ふりがな 氏名				
	生年月日（西暦）	年 月 日			
	申請者との続柄				
申請理由		※裏面より該当番号を記載（複数選択可）	3回目 接種日	年 月 日	

（裏面につづく）

被 接 種 者 ③	ふりがな 氏 名			
	生年月日 (西暦)	年	月	日
	申請者との続柄			
申請理由	※下記より該当番号を記載 (複数選択可)	3 回目 接種日	年	月 日

被 接 種 者 ④	ふりがな 氏 名			
	生年月日 (西暦)	年	月	日
	申請者との続柄			
申請理由	※下記より該当番号を記載 (複数選択可)	3 回目 接種日	年	月 日

《基礎疾患の番号》

○18 歳以上 60 歳未満で、次の基礎疾患があり、通院／入院している

- 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) ※通院又は入院をしていない場合も該当します。

○18 歳以上 60 歳未満で、次の項目に該当する

- ⑮BMI が 30 以上である (BMI=体重 (Kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m))
- ⑯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