

基礎疾患優先発送届出書（新型コロナワクチン）

令和 3 年 月 日

三木市長 宛て

ふりがな

申請者 氏名

住所

電話番号

- 被接種者との続柄 本人 同居の親族
 通院/入院中医療機関の職員
 その他()

接種券の優先発送を希望しますので、下記のとおり届け出ます。

被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	氏名					
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	生年月日	西暦・和暦（1：昭和 2：平成）		年	月 日	
<input type="checkbox"/> 以下の1～14の病気・状態により通院又は入院している。又は行政機関から証明書や手帳の交付を受けている						
該当する基礎疾患 <small>診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診において届出内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。</small>	A	<input type="checkbox"/> 1 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 2 慢性の心臓病（高血圧を含む。）			
		<input type="checkbox"/> 3 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> 4 慢性の肝臓病（肝硬変等）			
		<input type="checkbox"/> 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				
		<input type="checkbox"/> 6 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）				
		<input type="checkbox"/> 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。）				
		<input type="checkbox"/> 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				
		<input type="checkbox"/> 9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患				
		<input type="checkbox"/> 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）				
		<input type="checkbox"/> 11 染色体異常				
		<input type="checkbox"/> 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）				
		<input type="checkbox"/> 13 睡眠時無呼吸症候群				
		<input type="checkbox"/> 14 重い精神疾患（精神疾患のため治療している、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（精神通院施設）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）				
		B	<input type="checkbox"/> 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方			
		基礎疾患で通院中の医療機関	医療機関名			
所在地	<input type="checkbox"/> 三木市		<input type="checkbox"/> その他 () 市・町			

(コピーして使用可)

〒673-0413

三木市大塚1丁目6-40

ワクチン接種対策室

(総合保健福祉センター内) 行

▲郵送の際は、点線で切り取ってご利用ください。

◀郵送の封筒に貼ってお送りください。