



## 新型コロナウイルスワクチン 基礎疾患を有する方の優先接種

基礎疾患を有する方の優先接種には事前申込が必要です。

小美玉市では、接種の優先順位に基づき段階的に接種券を送付しております。  
65歳未満の方については「基礎疾患を有する方」が優先となりますので、対象となる基礎疾患をお持ちの方で優先接種を希望される方は、事前の申し込みをお願いします。

### 申込期間

令和3年6月10日(木)～令和3年6月30日(水)まで

上記期間内に申し込みをいただいた方には、7月中旬頃に接種券を郵送します。  
※申し込みは6月30日(水)以降も随時受け付けます。

### 申込方法

以下の①～③のいずれかの方法にてお申し込みください。

①電子申請サービス

市ホームページ電子申請システムから申込



【電子申請QRコード】

②郵送での申請

申請書(裏面)に必要事項を記入し健康増進課へ送付  
【宛先】

〒319-0132 小美玉市部室1106

小美玉市健康増進課 感染症対策係 宛て

③窓口での申請

申請書(裏面)に必要事項を記入し健康増進課へ持参  
【受付窓口】

・四季健康館 ・小川保健相談センター ・玉里保健福祉センター のいずれか

### 申込後の流れ

申請受付後、7月中旬頃接種券を郵送します。接種券が届きましたら、かかりつけ医にワクチン接種のご相談をお願いします。かかりつけ医がワクチン接種を行っていない場合には、市が設置する集団接種又は個別接種を行っている医療機関をご予約ください。

### 対象となる基礎疾患を有する方

申請書(裏面)内の①～④の病気や状態の方で、通院/入院している方、もしくは⑤の方

《問合せ先》 小美玉市健康増進課 感染症対策係(四季健康館内)  
小美玉市部室1106 電話 0299-48-0221



# 新型コロナワクチン接種券送付申込書【基礎疾患を有する方】

※本申請については、令和3年度中に64歳以下の方(1957年(昭和32年)4月2日以降に生まれた方)が対象となります。

申請日:令和 年 月 日

小美玉市長 宛

(申請者) フリガナ  
氏名

(郵送先) 〒319-0132 小美玉市部室1106 小美玉市健康増進課 感染症対策係 宛て
---

住所

電話番号

被接種者 本人 同居の家族

接種券の優先発送を希望しますので、下記のとおり申し込みます。との続柄 その他( )

## ●被接種者

氏名	フリガナ	〒 - 小美玉市	生年月日 (西暦)	年 月 日 <small>※1957年(昭和32年)4月2日から2005年(平成17年)7月1日までに生まれた方。 生年月日が2005年(平成17年)7月2日以降に16歳になる方は誕生日の前日から受付可能です。</small>
	<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			

## ●対象となる基礎疾患について

該当するものに☑をしてください。

A 以下の病気や状態で、通院/入院している方	
<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(肝硬変など)
<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(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(呼吸障害など)
<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・入院している病院・診療所名 (可能な範囲でご記入ください)	
B 上記の病気や状態に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は☑をしてください。	
<input type="checkbox"/>	⑮ BMI(肥満度を表す体格指数)が30以上の肥満の人 ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

※基礎疾患に該当するかについては主治医等の判断、もしくは証明書や手帳等の交付の有無によります。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。なお、上記の内容に基づき、診察歴などを病院・診療所等に問い合わせることがあります。

※今回お預かりした個人情報につきましては、新型コロナウイルスワクチン接種にのみ利用いたします。