

【基礎疾患をお持ちで通院/入院されている方】  
新型コロナワクチン接種券送付申込書

申込日 令和 3 年 月 日

(あて先)  
一宮市長

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の送付を申し込みます。

○被接種者

住民票 記載住所	〒 - 一宮市
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号	- -

基礎疾患 ※該当する番号(1~15)に○をつけてください

**A 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方**

- |  |  |
|--|--|
| 1. 慢性の呼吸器の病気                           | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患  |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。）                     | 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）   |
| 3. 慢性の腎臓病                              | 11. 染色体異常  |
| 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等）                        | 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）   |
| 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   | 13. 睡眠時無呼吸症候群  |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）               | 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） |
| 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         |  |

**B その他**

15. 基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方

(令和3年5月24日時点)

※接種券は被接種者の住民票に記載のある住所に送付します。

市記入欄

接種券番号	入力日
	月 日

【問い合わせ先】  
一宮市中保健センター  
新型コロナワクチン接種推進室  
TEL:0586-72-1389