

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

花巻市長宛

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

その他（ ）

花巻市において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

被 接 種 者	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	〒							
	居住先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
	生年月日	(西暦)	年	月	日	(満)	歳			
接種券番号 (10桁)										
接種状況*	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済み → ()回									
届出理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿中の学生 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省等 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情があり住民票所在地外に居住している ()									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒								

※4回目接種については3回目接種済みで満年齢が59歳以下の方は基礎疾患を有するもの等に該当している必要があります。裏面をご覧の上、該当する疾患の番号を記載してください。

基礎疾患等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()裏面から番号を選択し、()に記載してください。
----------	--

なお、当日の予診の結果、接種の対象とならない場合もございますのでご注意ください。

【基礎疾患等】

- 0 1.慢性の呼吸器の病気
- 0 2.慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 0 3.慢性の腎臓病
- 0 4.慢性の肝臓病（肝硬変等）
- 0 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
- 0 6.血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 0 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。）
- 0 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
- 0 9.免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 1 0.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）
- 1 1.染色体異常
- 1 2.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）
- 1 3.睡眠時無呼吸症候群
- 1 4.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（※1）、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（※1）場合）
- 1 5. BMI が 30 以上である
- 1 6.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

※1 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については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。