住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

※届出には接種券の写しが必要です。

令和　　年　　月　　日

双葉町長　様

申請者

 住所

 電話番号

 被接種者との続柄　　□本人　　□同居の親族

□その他（　　　　　　）

双葉町において、予防接種を受けたいので、次のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | 回目接種用 |
| **５～64歳の方**(65歳以上または初回接種の方は回答不要) | □基礎疾患※がある等の理由で接種を希望　　 ※ **裏面**を必ずご参照ください。 |
| □医療従事者等・高齢者施設等の従事者で接種を希望 |
| 被接種者 | ふりがな | □申請者と同じ |  |
| 氏名 |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 居住先住所 | □申請者と同じ | 〒双葉郡双葉町 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出理由 | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生□里帰り出産による帰省等□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（郵送の場合） | □申請者と同じ | 〒 |

【添付書類】

　　・住民登録のある自治体から発行された接種券の写し

　　・返信用封筒（郵送で返送を希望する場合のみ）※宛名を記載し84円切手を貼り付けて下さい。

【裏面】

接種の対象者となる基礎疾患は以下のとおりです。必ずご確認ください。

該当しない場合は接種対象外です。

〈18歳以上の方〉

|  |
| --- |
| □慢性の呼吸器の病気□慢性の心臓病（高血圧を含む。）□慢性の腎臓病 □慢性の肝臓病（肝硬変等）□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□血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）□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。）□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□免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患□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）□染色体異常□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）□睡眠時無呼吸症候群□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）□18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である□18歳以上60歳未満であるが、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 |

〈18歳未満の方〉

|  |
| --- |
| □慢性呼吸器疾患□慢性心疾患□慢性腎疾患□神経疾患・神経筋疾患□血液疾患□糖尿病・代謝性疾患□悪性腫瘍□関節リウマチ・膠原病□内分泌疾患□消化器疾患・肝疾患等□先天性免疫不全症候群、HIV感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態□その他の小児領域の疾患等（高度肥満、早産児、医療的ケア児、施設入所や長期入院の児、摂食障害） |