住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

五所川原市長宛

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（　　　　）

※代理人申請の場合は代理の方の本人確認書類のコピーもご提出ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 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 | 〒五所川原市 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　日 |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請種別 | □初回接種（1，2回目）　□追加接種（３回目）　□追加接種（４回目）※いずれか１つに✓を入れてください |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種条件（４回目接種をご希望の方のみ） | □６０歳以上　□基礎疾患を有する　（　　）※基礎疾患を有する方は、裏面を参考に該当する疾患の番号を（　）に記入してください |
| 送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 |

【添付書類】

□住民票がある自治体が発送した接種券の写し

□（３回目・４回目の接種券に前回接種時の記録がない方のみ）接種済証、接種記録書、接種証明書等の写し

□（代理人申請の場合）代理人の本人確認書類の写し

接種対象となる基礎疾患等

①以下の病気や状態で、通院/入院している方

**１**慢性の呼吸器の病気

**２**慢性の心臓病（高血圧を含む。）

**３**慢性の腎臓病

**４**慢性の肝臓病（肝硬変等）

**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

**６**血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）

**７**免疫機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍含む。）

**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

**９**免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患

**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）

**11**染色体異常

**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）

**13**睡眠時無呼吸症候群

**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）

②基準を満たす肥満の方

**15**ＢＭＩが30以上の方　　〈ＢＭＩの計算式 ＢＭＩ＝体重（kg）÷ 身長（m）÷ 身長（m）〉

③感染時の重症化リスクが高い方

**16**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方