

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

白老町長宛

ふりがな
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（ ）

白老町において、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	年 月 日	
接種券番号（10桁）			
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種：まだ1回も新型コロナワクチンを打っていない <input type="checkbox"/> 1回以上接種済：（ ）回以上接種した ※接種回数を（ ）内にご記入ください。	
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	〒
基礎疾患番号 ※4回目接種を希望する60歳未満の方のみ		☆申請時に60歳以上の方については、記載不要です。 ☆60歳未満の方は、裏面に記載の基礎疾患等の中から該当する番号をご記入ください。 該当するものが無い場合は、4回目接種の対象にはなりませんのでご了承ください。	

【添付書類】

- 住所地から発行された接種券一体型予診票または接種券の写し
- 接種事実を証明できる書類の写し（接種券、接種記録書、接種済証、ワクチンパスポート等）
- 本人確認書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）の写し（郵送の場合）

事務入力欄		
台帳	予約システム	案内文

基礎疾患番号一覧表

下記の疾患の治療のために、入院/通院している

- | | |
|----|--|
| 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（肝硬変など） |
| 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（鉄欠乏性貧血を除く） |
| 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 |
| 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（呼吸障害など） |
| 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、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 |

下記の状態に該当する

- | | |
|----|---|
| 15 | BMIが30以上である ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ² |
| 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 |