

コロナワクチン接種に関するお知らせ

～基礎疾患を有する12歳以上65歳未満の方の受付を開始します～



基礎疾患を有する方は、医療従事者、高齢者に次ぐ接種順位に位置付けられています。

令和4年2月末時点で12歳以上65歳未満になる方で、基礎疾患を有する方は、市に申請をいただくと、7月上旬から接種券を送付します。(対象となる基礎疾患については、裏面を御確認ください。)

※状況等により発送時期が変更になる場合があります。

※12歳以上65歳未満の一般の方の接種券は、7月中旬以降、年齢階層ごとに順次発送予定です。

<受付日時>

○6月21日(月)～6月25日(金) 午前9時～午後4時 …40歳以上65歳未満の方

○6月26日(土)～6月30日(水) 午前9時～午後4時 …12歳以上の方(40歳以上の方も含む)

<受付場所>

市健康センター、各地区市立公民館、市役所1階(保険給付課、社会福祉課) ※平日のみ

※6月26日(土)・27日(日)は、市役所1階市民ロビーで受け付けます。(午前9時～午後4時)

<申請方法>

○申請書 このチラシ裏面の「基礎疾患優先接種申請書」(コピー利用可)に必要な事項を記入のうえ、受付窓口に御提出ください。申請書は、市立公民館、市健康センター、市役所に備え付けを用意しているほか、市のホームページからダウンロードもできます。

○持ち物 お薬手帳等、基礎疾患で通院又は入院している状況がわかるもの

○その他 郵送、FAXでの申請も可能です。お薬手帳等の写しを添付し、6月30日(水)までに下記担当へ送付してください。

<申請が不要な方>

6月1日時点で以下のいずれかに該当する方は、申請は不要です。

- ・身体障害者手帳で、心臓機能障害・呼吸器機能障害・腎臓機能障害・肝臓機能障害のいずれかである方
- ・療育手帳を所持している方
- ・精神障害者保健福祉手帳を所持している方
- ・自立支援医療費助成で「重度かつ継続」に該当する方

※接種券は、7月以降に年齢順に発送します。7月下旬までに接種券が届かない場合は、下記担当に御連絡ください。

<接種にあたって>

○市から接種券が届いたら予約ができます。接種券に同封されたチラシや市報7月1日号折り込み等を参考に予約のうえ、接種を受けてください。

○接種を受けてもよいか不安な場合は、基礎疾患の治療を受けている主治医に御相談くださるようお願いいたします。当日の疾患等の状況により接種ができない場合があります。なお、主治医以外の医療機関でも接種可能です。

担当

〒994-0047 天童市駅西5-2-2(市健康センター内)

天童市新型コロナウイルスワクチン接種対策室

電話：0570-023-053(市コールセンター)

F A X : 023-651-5505

基礎疾患優先接種申請書（新型コロナワクチン）

令和 年 月 日

天童市長 様

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
通院/入院中の医療機関の職員
その他 ()

接種券の優先送付を希望しますので、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		保護者氏名 <small>(※被接種者が16歳未満の場合)</small>
	氏名			申請への同意 <input type="checkbox"/>
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		かかりつけ医療機関 (必須)
		60代・50代・40代・30代・20代以下		
該 当 す る 基 礎 疾 患	<input type="checkbox"/> 以下の1～14の病気・状態により定期的に通院又は入院している方。又は行政機関から証明書や手帳の交付を受けている方。			
	<input type="checkbox"/> 1 慢性の呼吸器の病気	<input type="checkbox"/> 2 慢性の心臓病 (高血圧を含む)		
	<input type="checkbox"/> 3 慢性の腎臓病	<input type="checkbox"/> 4 慢性の肝臓病 (肝硬変等)		
	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 6 血液の病気 (鉄欠乏症貧血を除く)			
	<input type="checkbox"/> 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)			
	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 9 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患			
	<input type="checkbox"/> 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)			
	<input type="checkbox"/> 11 染色体異常			
	<input type="checkbox"/> 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)			
	<input type="checkbox"/> 13 睡眠時無呼吸症候群			
	<input type="checkbox"/> 14 重い精神疾患 (精神疾患の治療のために医療機関に入院している、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)			
	<input type="checkbox"/> 基準 (BMI30以上) を満たす肥満の方 (※BMI30の目安: 身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg)			
	体重 _____ kg ÷ 身長 _____ m ÷ 身長 _____ m = BMI _____			

<持ち物> お薬手帳等の基礎疾患で通院又は入院している状況がわかるもの

※事務局確認欄

<留意事項>

- 1 接種を受けてもよいか不安な場合は、基礎疾患の治療を受けている主治医に御相談ください。
- 2 診断書等の書類の提出は不要ですが、接種前の予診において申請内容と実際の症状等が異なる場合、接種を受けられないことがあります。
- 3 医療機関によって接種可能数が異なりますので、通常受診されている医療機関で接種できない場合があります。