

基礎疾患を有する方の優先接種のお知らせ



津山市では、優先接種順位に基づき、基礎疾患があり接種を希望する方には、優先して接種券を送付します。

接種券の送付には事前の申請が必要です。下記のとおり申請してください。

対象者 1957年（昭和32年）4月2日から2009年（平成21年）6月29日までに生まれた方

12歳 から **64歳** までの**津山市民**で基礎疾患を有する方

（津山市に住民票がある方）

対象となる基礎疾患

1 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方（令和3年6月3日現在）

- | | |
|--|--|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 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） |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 11. 染色体異常 |
| 3. 慢性の腎臓病 | 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） |
| 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等） | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |
| 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 | 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） |
| 6. 血液の病気（ただし、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 | |

2 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 ※BMI=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

申請期間

令和 **3** 年 **6** 月 **21** 日（月）から **6** 月 **28** 日（月）まで



申請方法



① 電子申請	② 郵送 または FAX	③ 電話
QRコードを読み取る	申込書（裏面）を郵送またはFAX	平日9時から17時までに電話
 電子申請にご協力ください	【郵送】 〒708-8501 津山市山北520番地 津山市ワクチン接種推進室 【FAX】 0868-32-2134	【電話】 0868-32-2162  津山市ワクチン接種 受付コールセンター

問い合わせ先 津山市ワクチン接種受付コールセンター 0868-32-2162

新型コロナワクチン接種券交付申請書【基礎疾患を有する方】

※本申請については、1957年（昭和32年）4月2日から2009年（平成21年）6月29日までに生まれた方が対象となります。

申請日：令和 3 年 6 月 日

（宛先）津山市長

（申請者）フリガナ

氏名

住所

電話番号

被接種者 本人 親族

との続柄 その他()

接種券の優先発送を希望しますので、下記のとおり申請します。

●被接種者

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	<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	〒 ー	
		津山市	

●送付先

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 ー
	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ		<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ	

●基礎疾患について

該当するものに☑をしてください。

A 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：気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患、気道分泌物の誤嚥のリスク（脳性麻痺、認知機能障害、精神運動発達障害等）を含む。
- 2 慢性の心臓病：高血圧を含む。
- 3 慢性の腎臓病：透析中、腎移植後を含む。
- 4 慢性の肝臓病：肝硬変等を含む。
- 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：呼吸障害等を含む。
- 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）。

通院・入院している病院・診療所名
（可能な範囲でご記入ください）

B 上記の病気や状態に当てはまらない方のうち、以下に該当する方は☑をしてください。

- BMIが30以上の肥満の人 ※目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg
体重()kg ÷ 身長()m ÷ 身長()m

※基礎疾患に該当するかについては主治医等の判断、もしくは証明書や手帳等の交付の有無によります。
なお、上記の内容に基づき、診察歴などを病院・診療所等に確認する場合があります。