

接種券優先送付のご案内

(基礎疾患のある方・高齢者施設等に就いている方)

基礎疾患のある方及び高齢者施設等従事者につきましては、国が示している65歳以上の高齢者に次ぐ接種順位になっており、60歳から64歳の方と同時に優先して接種券を送付します。

該当する方は、裏面の申請書にご記入のうえ、令和3年6月18日までに申請してください。

接種券の郵送時期につきましては6月下旬を予定しています。申請期限を過ぎても申請は受け付けます。申請期限後に対象となられた方には、順次接種券を送付します。

なお、60歳以上の方、またはすでに接種を受けられている方は申請する必要はありません。

対象者

12歳から59歳まで（昭和37年4月2日以降に生まれた満12歳以上の方）の町民で、基礎疾患を有する方、または高齢者施設等に就いている方

対象となる「基礎疾患」の範囲

1、以下の病気や状態の方で、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）
- 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、⑮基準（BMI 30 以上）を満たす肥満の方 [BMI の出し方：体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)]

※ワクチン接種につきましては、かかりつけ医と事前にご相談願います。

対象となる「高齢者施設等」の例

- 介護保険施設
 - ①介護老人福祉施設
 - ②地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ③介護老人保健施設
 - ④介護医療院
- 居宅系介護サービス
 - ⑤特定施設入居者生活介護
 - ⑥地域密着型特定施設入居者生活介護
 - ⑦認知症対応型共同生活介護
- 老人福祉法による施設、高齢者住まい法による住宅
 - ⑧養護老人ホーム
 - ⑨軽費老人ホーム
 - ⑩有料老人ホーム
 - ⑪サービス付き高齢者向け住宅
- 生活保護法による保護施設
 - ⑫救護施設
 - ⑬更生施設
 - ⑭宿所提供施設
- 障害者総合支援法による障害者支援施設等
 - ⑮障害者支援施設
 - ⑯共同生活援助事業所
 - ⑰福祉ホーム
 - ⑱重度障害者等包括支援事業所（共同生活援助を提供する場合に限る）
- その他の社会福祉法等による施設
 - ⑲社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む）
 - ⑳生活困窮者、ホームレス自立支援センター
 - ㉑生活困窮者一時宿泊施設
 - ㉒原子爆弾被爆者養護ホーム
 - ㉓生活支援ハウス
 - ㉔婦人保護施設
 - ㉕矯正施設（※患者が発生した場合の処遇に従事する職員に限る）
 - ㉖更生保護施設

新型コロナウイルスワクチン接種券優先送付申請書

(基礎疾患のある方・高齢者施設等に従事する方)

令和 3年 月 日

清水町長 宛

申請者 フリガナ 氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____

申請者の被接種者との続柄：本人 同居の親族 その他 ()

下記のとおり、接種券優先送付申請書を提出いたします。

被 接 種 者	<small>フリガナ</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	

【基礎疾患のある方】 ※診断書等の提出の必要はありません。

疾患名	番号	表面の疾患の中から、該当する番号を記載してください。
かかりつけの病院 (入通院等している場合)		
かかりつけ医の確認	接種可 ・ 不可 ・ 未確認	

【高齢者施設等に従事する方】 ※従事する施設が発行する証明書が必要な場合があります。

従事施設種別	番号	表面の施設種別の中から、該当する番号を記載してください。
従事施設名		
施設住所		
施設連絡先		

■■ 提出先 ■■

(郵送) 〒089-0111 清水町南3条2丁目1-1
清水町保健福祉センター内 保健福祉課健康推進係 宛
(持参) 清水町保健福祉センター、御影支所
(ファックス) 0156-69-2223
(Eメール) kenko1@town.shimizu.hokkaido.jp

◇ お問い合わせ ◇

清水町保健福祉課 健康推進係
☎0156-67-7320