

新型コロナウイルスワクチン接種 基礎疾患を有し接種を希望する方の接種券について

豊田市では、新型コロナウイルスワクチンの供給量を踏まえ、接種券(クーポン券)を年齢等の区分に応じ段階的に送付していますが、国が示す優先順位に基づき、**基礎疾患があり接種を希望する市民(豊田市に住民票があり60歳未満の方)**には、接種券(クーポン券)を送付します。

なお、接種券(クーポン券)の送付には、事前の申請が必要となります。

対象者

以下の項目の全ての該当する方

- ・豊田市に住民票がある方
- ・基礎疾患のある方
- ・令和4年3月31日時点の満年齢が16歳から59歳までの方

※60歳以上の方は、基礎疾患のある方と同時期に接種券(クーポン券)を発送することから申請不要です。

基礎疾患の範囲

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、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その他

- 15 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方 ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

申請方法

①インターネット(あいち電子申請・届出システム)からの申請(推奨)

https://www.shinsei.e-aichi.jp/city-toyota-aichiu/offer/offerList_detail.action?tempSeq=32360

②郵送、市役所(南庁舎1階ワクチン接種支援窓口)及び各支所窓口での申請

※申請書(裏面参照)は、市役所及び支所で配布しています。ホームページからもダウンロード可能です。



インターネット
申請はこちら

申請期間

申請期間：令和3年(2021年)6月7日(月)から6月20日(日)(※)まで

※インターネットによる申請については、6月20日(日)23:59まで有効

※郵送による申請については、6月20日(日)の消印まで有効

※申請書の市役所及び各支所での提出は、6月18日(金)まで

新型コロナウイルス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、令和4年3月31日時点の満年齢が16歳から59歳までの方が対象となります。

申請日：令和 年 月 日

豊田市長宛

(申請者) フリガナ

氏名

住所

電話番号

被接種者 本人 同居の家族

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 (西暦)	年 月 日 対象年齢は、令和4年3月31日時点で16歳から59歳までの方です。
	<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	〒 豊田市		

●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
- 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、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（肥満度を表す体格指数）が30以上の肥満の人
※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)