

新型コロナウイルス感染症ワクチンの 優先接種受付開始のお知らせ

国が示すワクチンの優先接種順位に基づき基礎疾患のある方、及び60歳から64歳までの方を対象とした優先接種の申込み受付を開始します。

対 象 者	上市町民及び舟橋村民で①と②のいずれかに該当の方 ①基礎疾患を有する16歳から59歳までの方 ②60歳から64歳までの方 (昭和32年4月1日から昭和37年4月1日以前に生まれた方)
接種予定期間	(1回目)7月4日~7月24日 (2回目)7月25日~8月14日 (1回目)8月15日~9月4日 (2回目)9月5日~9月25日
接種時間帯	(月曜~土曜・祝日)15:00~16:30 (日曜)9:00~10:30
接種会場	かみいち総合病院等
申込締切日	6月25日(金) 上市町保健センター「必着」
申込方法	別面の接種申込書に記入し、返信用封筒で郵送申込

接種完了までの4ステップ

①

申込書を郵送する

6月25日締切

基礎疾患の診断書、身分証明書等の添付は不要
(基礎疾患は予診票の質問事項に記入)

②

予約票・接種券・お知らせ等が
ご自宅へ届きます

接種予約完了

7月上旬頃

予約票で接種日時と会場をご確認ください

③

指定の日時に接種する

(1回目)

接種の受け方などの詳細は、
町からのお知らせ等をご確認ください

④

指定の日時に接種する

(2回目)

接種完了

1回目接種の3週間後に接種
(1回目と同じ曜日、時間、会場)

申込補足事項

- A) 今回の接種予約は日時等を指定する割当制になります。
 曜日は3つまで希望可能。最終的に会場と日時は町及び村が指定します。
 接種可能人数を超える会場と曜日は「抽選」で決定します。
 接種日時の決定は、申込み先着順ではありません。
- B) 後日予約票が届いた時点で「予約完了」になります。
- C) 今回、申込締切日までに優先接種の申込みをされない場合でも、その後、随時接種予約をすることができます。
- D) 住民票は町村外にあって現在上市町及び舟橋村に単身赴任中等の理由で長期滞在中の方も「住所地外接種」として申込みが可能です。
- E) 上市町外の「かかりつけ医」による接種を希望される方には、接種券のみ送付します。なお、接種予約はご本人様にお願いします。
- F) 接種券は接種対象者ご本人様宛に送付します。
- G) 日時変更とキャンセルのみ、予約専用コールセンターで受け付けします。

基礎疾患の種類（番号）

※下記以外の疾患等は、優先接種の対象外です。

①	慢性の呼吸器の病気	⑨	免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
②	慢性の心臓病（高血圧を含む）	⑩	呼吸障害等
③	慢性の腎臓病	⑪	染色体異常
④	慢性の肝臓病（肝硬変等）	⑫	重症心身障害
⑤	糖尿病	⑬	睡眠時無呼吸症候群
⑥	血液の病気 （ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）	⑭	重い精神疾患、知的障害
⑦	免疫の機能が低下する病気	⑮	基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方
⑧	免疫の機能を低下させる治療を受けている		

【詳細説明】

- 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
- 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）
- 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
- ⑫ 重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態
- 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）

【予約日時変更・キャンセル】 予約専用コールセンター 電話 076-473-3565

【接種に関するお問い合わせ先】 上市町保健センター 電話 076-473-9355

舟橋村役場生活環境課 電話 076-464-1121

新型コロナウイルス感染症ワクチン接種優先接種申込書 (基礎疾患保有者及び60歳～64歳の方)

令和3年6月 日

上市町長・舟橋村長 宛

次の通り、新型コロナウイルス感染症ワクチン優先接種等の申込みを希望します。

優先接種申込者記入欄 (3名まで同時に申込が可能)

住民票記載住所	〒	電話番号							
氏名(フリガナ) <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	年	月	日	年齢			
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土	日
		希望する順に 「1・2・3」と記入							
以下は希望がある場合のみ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 接種券の送付のみ希望 <input type="checkbox"/> 住所地外接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種会場の指定を希望 (送付先住所 〒) ↳ <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input type="checkbox"/> 中村内科クリニック <input type="checkbox"/> ひの皮ふ科クリニック									
住民票記載住所	〒	電話番号							
氏名(フリガナ) <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	年	月	日	年齢			
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土	日
		希望する順に 「1・2・3」と記入							
以下は希望がある場合のみ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 接種券の送付のみ希望 <input type="checkbox"/> 住所地外接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種会場の指定を希望 (送付先住所 〒) ↳ <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input type="checkbox"/> 中村内科クリニック <input type="checkbox"/> ひの皮ふ科クリニック									
住民票記載住所	〒	電話番号							
氏名(フリガナ) <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	年	月	日	年齢			
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土	日
		希望する順に 「1・2・3」と記入							
以下は希望がある場合のみ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 接種券の送付のみ希望 <input type="checkbox"/> 住所地外接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種会場の指定を希望 (送付先住所 〒) ↳ <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input type="checkbox"/> 中村内科クリニック <input type="checkbox"/> ひの皮ふ科クリニック									

※基礎疾患番号は別面に記載の「基礎疾患の種類(番号)」でご確認ください。

新型コロナウイルス感染症ワクチン接種優先接種申込書 (基礎疾患保有者及び60歳～64歳の方)

上市町長・舟橋村長 宛

記入見本

令和3年6月 日

次の通り、新型コロナウイルス感染症ワクチン優先接種等の申込みを

- 【記入例1】 60歳から64歳までの方の場合
- 【記入例2】 基礎疾患のある方、及び、接種券のみ送付を希望の場合
- 【記入例3】 基礎疾患のある方、及び、住所地外接種を希望の場合

例
1

住民票記載住所	〒930-0393 上市町法音寺 1		電話番号	076-472-1111					
氏名(フリガナ) カミイチ サブロウ 上市 三郎 <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	1960年1月1日		年齢	61			
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土	日
		希望する順に		1			2		3
		「1・2・3」と記入							
以下は希望がある場合のみ、チェック☑をつけてください <input type="checkbox"/> 接種券の送付のみ希望 <input checked="" type="checkbox"/> 接種会場の指定を希望 <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input checked="" type="checkbox"/> 中村内科クリニック <input type="checkbox"/> ひの皮ふ科クリニック									

60歳～64歳の場合、未記入で可
希望する会場を1つチェック

例
2

住民票記載住所	〒930-0295 舟橋村仏生寺 55		電話番号	090-1122-3344				
氏名(フリガナ) フナハシ ハナコ 舟橋 花子 <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	1980年2月2日		年齢	31		
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土
		希望する順に						
		「1・2・3」と記入						
以下は希望がある場合のみ、チェック☑をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 接種券の送付のみ希望 <input type="checkbox"/> 接種会場の指定を希望 <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input type="checkbox"/> 中村内科クリニック								

町外のかかりつけ医による接種を希望される場合

例
3

住民票記載住所	〒100-8916 東京都〇〇〇1-2-3		電話番号	090-1234-5678				
氏名(フリガナ) フナハシ タロウ 舟橋 太郎 <small>押印不用</small>	基礎疾患 番号※	生年月日(西暦)	1970年2月2日		年齢	41		
		希望する曜日	月	火	水	木	金	土
		希望する順に			3		1	2
		「1・2・3」と記入						
以下は希望がある場合のみ、チェック☑をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 住所地外接種を希望 <input type="checkbox"/> かみいち総合病院 <input type="checkbox"/> 池田内科医院 <input type="checkbox"/> 中村内科クリニック <input type="checkbox"/> ひの皮ふ科クリニック								

現在、町村内に長期滞在中等のやむを得ない事情がある方で、上市町での接種を希望される場合
住所地外接種を希望 (送付先住所 〒930-0295 舟橋村仏生寺 55)
記載の「基礎疾患の種類(番号)」でご確認ください。