

函 福 管

令和3年(2021年)6月21日

民生常任委員会委員 様

保 健 福 祉 部 長

参考資料の配付について

このことについて、下記の資料を別添のとおり配付いたします。

記

1 配付資料

- 新型コロナワクチン接種に係る基礎疾患を有する方などへの優先接種について

(保健福祉部管理課)

## 新型コロナワクチン接種に係る基礎疾患のある方などへの優先接種について

新型コロナワクチン接種については、本市では、国が示す接種順位に従い、医療従事者および65歳以上の高齢者への接種を行っているところですが、今後、「**60歳以上64歳以下の方**」、「**基礎疾患のある方**」、「**高齢者および障がい者施設等（居宅サービス事業所等および訪問系サービス事業所等を含む）の従事者**」への優先接種を行うため、現在、接種券発送の準備を進めているところです。

接種券の発送にあたっては、12歳以上59歳以下の方の基礎疾患の有無を事前に把握する必要がありますので、事前申込みの受け付けを行うこととするほか、その他予約の手続きなどについては下記のとおりです。

### 1 60歳以上64歳以下の方

- (1) 基礎疾患の有無にかかわらず、12歳以上59歳以下の基礎疾患のある方と同時期に接種が受けられるよう、準備が整い次第、遅くとも7月下旬頃までに接種券を発送。
- (2) 事前申込みは不要で、接種券が届いてから、個別医療機関や集団接種会場での接種を予約。

### 2 基礎疾患のある方（12歳以上59歳以下）

- (1) 対象者  
病気の方や通院・入院している方などで、**別紙2**「優先接種券送付申込書」の基礎疾患欄に記載されている疾患に該当する方。
- (2) 事前申込み
  - ・電子申込みまたは郵送申込み。  
※接種券を迅速に発送するため、電子申込みにご協力ください。
  - ・申込期間は、令和3年6月23日（水）から令和3年7月14日（水）まで。
  - ・優先接種券送付申込書は、市内医療機関および市役所本庁舎等公共施設で**別紙1**の案内チラシとともに配布するほか、市政はこだて7月号にも折り込み予定。（申込書は市ホームページからも印刷可能）
  - ・受付後、接種券を順次発送。
- (3) 接種予約
  - ・接種券が届いてから、個別医療機関や集団接種会場での接種を予約。
- (4) 問合せ先  
函館市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター 0120-556-202  
受付時間 平日：9時～19時 土曜日：9時～17時（日曜日・祝日を除く）

### 3 高齢者および障がい者施設等（居宅サービス事業所等および訪問系サービス事業所等を含む）の従事者（59歳以下）

#### (1) 対象者

高齢者・障がい者が入所または利用する施設の従事者であって、利用者に直接接する可能性のある方。（施設の入所者・通所者は、基礎疾患のある方の申請で受付け）

#### (2) 申込方法

各施設から接種対象者リストを市へ提出。（詳細は市内対象施設に別途案内）

### 4 その他

上記以外の59歳以下の方への接種についても準備を進めており、日程等については、できるだけ早くお知らせします。

引き続き、国からのワクチンの供給スケジュールや接種の進捗状況を踏まえ、希望される市民の皆様への早期の接種完了に向けて取り組みます。

【連絡先】市立函館保健所地域保健課

新型コロナウイルスワクチン接種担当班

TEL : 0138-32-1540 FAX : 0138-32-1541

## 新型コロナワクチン接種

## 基礎疾患のある人の優先接種

## ～事前申込みが必要です～

函館市では、新型コロナワクチンの供給量を踏まえ、接種券を年齢等の区分に応じ段階的に送付しておりますが、12歳以上59歳以下の基礎疾患のある函館市民の方は、事前に申し込みいただくことで、60歳以上64歳以下の方と同じ時期に接種を受けることができます（優先接種）。（基礎疾患のある方であっても、優先接種を希望しない場合は、事前の申込みは不要です。）


※ 年齢は、令和3年度中に達する年齢です。

※ 60歳以上64歳以下の方は、基礎疾患の有無にかかわらず同時に接種券を送付しますので、事前の申込みは不要です。

※ 診断書等の証明書は必要ありません。接種の際に予診票等によって確認します。

申 込 期 間 令和3年（2021年）7月14日（水）まで

## 申 込 の 方 法

① 電子申込み	② 郵送申込み
<p>市ホームページの電子申請システムから申込みできます。</p> <p>※ <u>接種券を迅速に発送するため電子申込みにご協力ください。</u></p>  <p>スマホ等はこちらから → →</p> <p>(アドレス : <a href="https://www.harp.lg.jp/aNfZDH64">https://www.harp.lg.jp/aNfZDH64</a>)</p>	<p>申込書（裏面）を郵送してください。</p> <p>※ 申込書は、市ホームページからも印刷できます。</p> <p>【宛先】 〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所 新型コロナウイルスワクチン 接種担当優先接種申込あて</p>

## 接種券が届いたら

申込み受付後、7月末ころに接種券を住民票に記載される住所に郵送する予定です。（65歳以上の方の接種状況によって前後する可能性があります。）接種券が届いたら、ワクチン接種の予約をしてください。

かかりつけ医がワクチン接種を取り扱っていない場合は、下記コールセンターにお問い合わせいただくか、WEB予約サイトまたは函館市新型コロナワクチン予約受付相談専用ダイヤル（☎0138-83-6001 平日9時から17時まで）で集団接種を予約してください。

本チラシに関する問い合わせ	<p>函館市新型コロナワクチン接種コールセンター ☎0120-556-202 ※番号のかけ間違いにご注意ください。 受付時間 平日9～19時 土曜日9～17時（日曜日・祝日を除く。）</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

新型コロナウイルスワクチン優先接種券送付申込書  
(12歳以上59歳以下の基礎疾患を有する函館市民の方対象)

※本申込みは、令和3年度中に達する年齢が12歳以上59歳以下の函館市民の方(生年月日が、昭和37年(1962年)4月2日から平成22年(2010年)4月1日までの方)が対象です。

※令和3年度中に12歳になる方は、ワクチン接種の対象年齢である満12歳に達していない場合も申し込むことができますが、接種券の送付は満12歳に達してから行いますので、優先接種とならない場合があります。

※診断書等の証明書は必要ありません。接種の際に予診票等によって確認します。

申請日: 令和 年 月 日

(宛先) 函館市長

(申込者) フリガナ

氏名

新型コロナウイルスワクチン  
接種について、私(被接種者)  
は、下記の基礎疾患を有している  
ため、接種券の送付を申し込  
みます。

住所

(住民票に  
記載のもの)

電話番号

被接種者  本人  同居の家族

との続柄  その他( )

●被接種者 ※申込者と同じ場合は、氏名、住所および電話番号の記載を省略することができます。

フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申込者 と同じ	生年月日 (和暦)	昭和 平成	年	月	日
住所 (住民票に 記載のもの)	<input type="checkbox"/> 申込者 と同じ	函館市	電話番号	<input type="checkbox"/> 申込者 と同じ		

●基礎疾患について

(1) または(2)のいずれかに該当する方が、優先接種の対象となる方です。該当するものに☑をしてください。

(1) 次の病気や状態で、通院/入院している方

- 慢性の呼吸器の病気  
 慢性の心臓病(高血圧を含む。)  
 慢性の腎臓病  
 慢性の肝臓病(肝硬変等)  
 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  
 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)  
 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。)  
 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  
 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患  
 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)  
 染色体異常  
 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)  
 睡眠時無呼吸症候群  
 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)  
 ※精神障害者保健福祉手帳または療育手帳を所持している場合には、通院/入院は不要です。

(2) 基準(BMI(肥満度を表す体格指数)が30以上)を満たす肥満の方

- BMIが30以上の肥満  
 ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)  
 ※BMI30の目安: ①身長170(cm)で体重87(kg)、②身長160(cm)で体重77(kg)

かかりつけの病院・診療所がある場合は、  
かかりつけの病院・診療所の名称を右欄に  
ご記入ください。