

## < Vacunación contra el Covid-19 > Sobre la solicitud de vacunación prioritaria para personas menores de 60 años con afecciones médicas subyacentes

Los cupones de vacunación se enviarán a las personas con afecciones médicas subyacentes que deseen aplicarse la vacuna. Quienes lo deseen pueden solicitarlo. No es necesario presentar certificado médico ni otro comprobante.

**Período de solicitud** Año R3 (2021) - 1º de julio (jue.) a 15 de julio (jue.)

※ Si se solicita hasta el 15 de julio, se le enviarán los cupones a fines de julio. Es posible solicitar también después del 15 de julio pero en ese caso se demorará el envío de los cupones.

**Forma de solicitar** **Solicitar de las siguientes formas ① o ②. No se puede solicitar por teléfono**

### ① Enviar la solicitud por correo o FAX

**Destinatario** 【〒425-0035 Yaizu-shi Higashi kogawa 1-8-1 Yaizu-shi Kenko zukuri-ka (Hoken Center) Wakuchin Sesshu Suishin-shitsu】  
**FAX:** 054-627-9960

② Colocar en el buzón de alguno de los siguientes lugares: Recepción del edificio central de la municipalidad, Delegación municipal de Oigawa, Delegación municipal de ATORE, Centros comunitarios de la ciudad.

**Lugares donde se encuentran las solicitudes**

- Recepción del edificio central de la municipalidad, Delegación municipal de Oigawa, Delegación municipal de ATORE, Centros comunitarios de la ciudad.
- Página web de la municipalidad, sección en idiomas extranjeros (<https://www.city.yaizu.lg.jp/>)

**Afecciones médicas subyacentes indicadas**

1. Personas con las siguientes enfermedades o afecciones que reciban atención ambulatoria u hospitalaria

1	Enfermedad respiratoria crónica
2	Enfermedad cardíaca crónica (incluida la hipertensión)
3	Enfermedad renal crónica
4	Enfermedad hepática crónica (incluida hipertensión)
5	Diabetes en tratamiento con insulina o medicamentos o diabetes asociada a otras enfermedades.
6	Enfermedades de la sangre (excluida la anemia por deficiencia de hierro)
7	Enfermedades que afectan el sistema inmunológico (incluido los tumores malignos en tratamiento)
8	Con un tratamiento que debilite al sistema inmunológico, incluidos los esteroides.
9	Enfermedades neurológicas y neuromusculares asociadas con anomalías inmunitarias.
10	Disminución de las funciones corporales debido a enfermedades neurológicas o neuromusculares (incluidos los trastornos respiratorios).
11	Anomalía cromosómica
12	Discapacidades físicas y psíquicas severas (discapacidades físicas graves y discapacidades intelectuales graves)
13	Síndrome de apnea del sueño
14	Enfermedades mentales graves (hospitalizaciones para tratamientos de enfermedades mentales, poseer un certificado de discapacidad mental, un certificado de rehabilitación, o pertenecer a la categoría de "enfermedad grave y continua" en centros de atención médica autosuficiente (atención hospitalaria psiquiátrica)) Si bien está programado el inicio de la vacunación para la

2. Personas con obesidad que cumplan con los criterios (IMC de 30 o más)

**【Contacto】**

Sección de promoción de la salud  
TEL 054-627-4119 (8:30 a 17:15 hs.)

(Escribir con letra clara)

新型コロナワクチン接種券送付申込書【60歳未満のうち基礎疾患のある方】

Solicitud de envío de cupones de vacunación contra Covid-19 【Personas menores de 60 años con enfermedades subyacentes】

(あて先) 焼津市長 (Destinatario) Sr. intendente de la ciudad de Yaizu

申込日: 2021年 月 日 Fecha de solicitud: año 2021 mes día

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の送付を申し込みます。

Solicito el envío de cupones de vacunación contra el Covid-19

1. 対象者 1. Persona correspondiente

Table with 2 columns: Japanese label and English label. Rows include: Domicilio registrado (Código postal), フリガナ (Furigana), 氏名 (Apellido y nombre), 生年月日 (Fecha de nacimiento), 電話番号 (Teléfono), 基礎疾患 (Enfermedad subyacente).

2. 申出者 2. Solicitante

Form with checkboxes and text boxes. Includes: 上記「1・対象者」と同じ (Same as above), 上記「1・対象者」と異なる場合は以下にご記入ください (Different from above, please fill in below), 住所 (Domicilio), フリガナ (Furigana), 氏名 (Apellido y nombre), 対象者との続柄 (Relación familiar), 電話番号 (Teléfono).

3. 接種券の送付先 3. Dirección a donde enviar los cupones de vacunación

Form with checkboxes and text boxes. Includes: 上記「2・申出者」と同じ (Same as above), 上記「2・申出者」と異なる場合は以下にご記入ください (Different from above, please fill in below), 送付先住所 (Dirección de destinatario), 送付先氏名 (Nombre de destinatario).

【個人情報取り扱いについて】 【Sobre la privacidad de los datos personales】お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。 Los datos personales recibidos solo serán utilizados para el envío de los cupones de vacunación y no serán utilizados absolutamente para otros fines.