

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東みよし町長 宛

申請者 ^{ふりがな} 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

- ① 接種券の発行にあたっては、個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。
- ② 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 者	発行接種券	() 回目接種券 ※3 回目接種からは前回接種より3ヵ月以上の間隔が必要	
	^{ふりがな} 氏名	<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	〒
	生年月日	年 月 日 (歳)	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 6 4 歳以下 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種 証明書を出される方は、本 欄は 記入不要 です。 ※再発行の方は 記入不要 です。 ※分かる範囲で記入してくだ さい。		①接種日(最終)： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 回目 ②ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用／小児用／乳幼児用） <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____） ④接種期間中に住民票を2回以上変更された場合（該当者のみ）： 接種回数 () 回目 市町村名：() 接種回数 () 回目 市町村名：()	