

# 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【令和5年秋開始接種】

令和 年 月 日

(あて先) ときがわ町長

申請者 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 ( )

以下の事項に同意し、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、ワクチン接種記録システムにおいて、ときがわ町が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、被接種者の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	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	〒 ときがわ町
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	※送付先が確認できるものを添付してください。	
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <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 ( )		
接種券の種類	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用 <input type="checkbox"/> 4回目用 <input type="checkbox"/> 5回目用 <input type="checkbox"/> 6回目用 <input type="checkbox"/> 7回目用		
※接種済証、接種記録書、接種証明書 を提出される方は、本欄は 記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種	転入前の住民票登録市町村名： _____
	<input type="checkbox"/> 1回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____
	<input type="checkbox"/> 2回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____
	<input type="checkbox"/> 3回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの接種： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____
	<input type="checkbox"/> 4回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____
	<input type="checkbox"/> 5回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____
<input type="checkbox"/> 6回目 接種済		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他( ) ③接種時の住民票登録市町村名： _____	

【確認書類】 被接種者の本人確認書類（代理人による申請の場合は、代理人の本人確認書類も必要）

【お願い】 接種状況を確認するため、接種済証、接種記録書、接種証明書の写し等を添付してください。

※自治体記入欄

受付日	受付方法	本人確認書類	接種状況確認	発行日	送付方法
/	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他(                    )	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回済 <input type="checkbox"/> 2回済 <input type="checkbox"/> 3回済 <input type="checkbox"/> 4回済 <input type="checkbox"/> 5回済 <input type="checkbox"/> 6回済	/	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口渡 <input type="checkbox"/> その他 (                    )