

接種券発行申請書【初回接種(1・2回目接種)用】

令和 年 月 日

府中町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

接種する人との続柄 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。(□に✓チェックしてください。)

- 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム(VRS)上において、府中町が個人番号(マイナンバー)または他の個人情報(氏名・生年月日・性別)により、以前にお住まいの市町村においての接種記録を確認します。
- 転出元で発行された初回接種(1・2回目接種)用の接種券がお手元にある場合は廃棄してください。

接種する人	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	和暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 転入	()都・道・府・県 ()市・区・町・村から _____年 _____月 _____日に転入	
接種状況	1回目	<input type="checkbox"/> 未接種 (<input type="checkbox"/> 予約済 _____月 _____日) <input type="checkbox"/> 接種済 _____年 _____月 _____日	
	2回目	<input type="checkbox"/> 未接種 (<input type="checkbox"/> 予約済 _____月 _____日) <input type="checkbox"/> 接種済 _____年 _____月 _____日	
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所 <input type="checkbox"/> 次の住所 〒 _____ [_____]	
	<input type="checkbox"/> 窓口	※申請受付から一週間程度で発行。申請者へ受取の連絡をします。	