

接種券発行申請書【追加接種(3回目接種)用】

※2回目の接種を受けてから原則6か月以上経過していない場合は、追加接種(3回目接種)用の接種券発行申請をすることができません。

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 _____ - _____ - _____

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。(□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追加接種(3回目接種)用の接種券(または接種券一体型予診票)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 西 暦 | 年 月 日 |
| 受取方法 ※当てはまるのもの ✓チェックしてください。 | <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。 | |

(裏面につづく)

| | |
|--|---|
| <p>申請理由</p> <p>※当てはまるのもの ✓チェックしてく ださい。</p> | <p><input type="checkbox"/>接種券が届かない <input type="checkbox"/>接種券の紛失・破損</p> <p><input type="checkbox"/>体調不良等で「予診のみ」で使用した</p> |
| <p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録 書、接種証明書を提 出する場合は、記入 不要です。</p> <p>※分かる範囲で記入 してください。</p> | <p><input type="checkbox"/>転入</p> <p>() 都・道・府・県 () 市・区・町・村から</p> <p>年 月 日に転入</p> <hr/> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ</p> <p>③接種の方法（当てはまるものに✓チェック）</p> <p><input type="checkbox"/>集団接種会場・医療機関・大規模接種会場・職域会場での接種 接種券を発行した市町村名：()</p> <p><input type="checkbox"/>その他（下記のア～オに○をつけてください）</p> <p>ア 海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業での接種</p> <p>イ 在日米軍による接種</p> <p>ウ 製薬メーカーによる治験等としての接種</p> <p>エ 海外での接種</p> <p>オ 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当て はまらない接種</p> <hr/> <p>1回目</p> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ</p> <p>③接種の方法（当てはまるものに✓チェック）</p> <p><input type="checkbox"/>集団接種会場・医療機関・大規模接種会場・職域会場での接種 接種券を発行した市町村名：()</p> <p><input type="checkbox"/>その他（下記のア～オに○をつけてください）</p> <p>ア 海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業での接種</p> <p>イ 在日米軍による接種</p> <p>ウ 製薬メーカーによる治験等としての接種</p> <p>エ 海外での接種</p> <p>オ 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当て はまらない接種</p> <hr/> <p>2回目</p> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ</p> <p>③接種の方法（当てはまるものに✓チェック）</p> <p><input type="checkbox"/>集団接種会場・医療機関・大規模接種会場・職域会場での接種 接種券を発行した市町村名：()</p> <p><input type="checkbox"/>その他（下記のア～オに○をつけてください）</p> <p>ア 海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業での接種</p> <p>イ 在日米軍による接種</p> <p>ウ 製薬メーカーによる治験等としての接種</p> <p>エ 海外での接種</p> <p>オ 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当て はまらない接種</p> |