

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

※接種券の発送は、接種可能な時期に合わせて発送を行います。

令和 年 月 日

関市長 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。（下記をよくお読みの上、□にチェックしてください。）

1・2回目接種券 3回目接種券 4回目接種券

転入の方は、転出元で発行された未使用の接種券は破棄してください。

紛失した方は、接種券が見つかった場合は破棄してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない
	<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"/> 18～59歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4回目接種を希望している
	<input type="checkbox"/> 医療・施設等従事者（勤務先 _____）
	<input type="checkbox"/> 以下の方法でファイザー社、武田/モデルナ社、アストラゼネカ社のワクチンを接種した方
	・海外在留邦人向け新型コロナワクチン接種事業 <input type="checkbox"/> 在日米軍従業員接種
	・製薬メーカーの治験 <input type="checkbox"/> 海外での接種

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	
	生年月日	年 月 日	
接種状況		接種日	ワクチンの種類
	1回目		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ
	2回目		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ
	3回目		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ
住民票上の前自治体	都道府県	市区町村	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	

その他必要書類

本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）（必須）

以下の書類のいずれか

- ・接種済証、 接種記録書、 ワクチンパスポート
- ・前住所の自治体で発行された接種券 海外で接種した方は接種地で発行された接種証明書が必要