

# 新型コロナウイルス接種券発行申請書

令和 年 月 日

中種子町長宛

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 ( )

**\*接種歴がわからない場合は、接種券の発行ができない場合がございます。\***

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
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
接種券の種類 (該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> してください。)	<input type="checkbox"/> 1・2回目用接種券 <input type="checkbox"/> 2回目用接種券(1回目接種済の方) <input type="checkbox"/> 追加接種(3回目接種)用接種券 <b>*2回目の接種を受けてから原則5か月以上経過していない方は、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</b>		

(裏面につづく)

申請理由	<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"/> 中種子町へ転入 <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（ ）				
接種状況  ※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 <b>記入不要</b> です。  ※再発行の方は <b>記入不要</b> です。  ※分かる範囲で記入してください。	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="458 241 587 795">1回目</td> <td data-bbox="587 241 1500 795">           ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日            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            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： _____）             ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="458 795 587 1346">2回目</td> <td data-bbox="587 795 1500 1346">           ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日            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            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： _____）             ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。         </td> </tr> </table>	1回目	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 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： _____）  ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。	2回目	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 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： _____）  ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。
1回目	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 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： _____）  ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。				
2回目	①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 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： _____）  ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。				
確認書類	<input type="checkbox"/> 「新型コロナウイルスワクチン予防接種済証（臨時）」 <input type="checkbox"/> 「新型コロナウイルス接種記録証」 <input type="checkbox"/> 「新型コロナウイルス感染症予防接種証明書」 <input type="checkbox"/> 書類なし				

【下記は記入しないでください】

職員確認欄	
本人 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

確認印		
-----	--	--