

(新型コロナウイルスワクチン) 接種券発行申請書・再交付

以下の事項に同意し、接種券の発行（再交付）を申請します。

(下記をお読みの上、にチェックをしてください。)

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、北杜市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、被接種者の以前に住んでいた市区町村における接種記録を確認します。

転出元で発行された接種券については接種済証を保管し、使用していない接種券は廃棄します。

添付資料： 1・2・3・4 回目の接種を証明する(接種済証、接種記録書、接種証明書)のコピーを添付してください。

北杜市長 様		申請年月日	令和 年 月 日
申請者	ふりがな		
	氏名	被接種者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住所		
	連絡先電話番号		
被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日
	氏名		年 月 日 年齢（ 歳）
	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 1・2回目接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済 <input type="checkbox"/> 4回目接種済	
	住所		
	送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
申請内容	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"/> 海外等で接種した <input type="checkbox"/> 転入（いつ：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 予診のみで使用した <input type="checkbox"/> 治験で接種した <input type="checkbox"/> その他(理由：)	
	発行を希望する 接種券の種類	<input type="checkbox"/> 1・2回目の接種券（1回目 ・ 2回目） <input type="checkbox"/> 3回目の接種券 <input type="checkbox"/> 4回目の接種券 <input type="checkbox"/> 5回目の接種券 <input type="checkbox"/> 小児（5～11歳）接種券（1回目 ・ 2回目） <input type="checkbox"/> 小児（5～11歳）3回目の接種券 <input type="checkbox"/> 乳幼児（生後6か月～4歳）（1回目 ・ 2回目 ・ 3回目）	

→裏面へ続く

※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。

※再発行の方は記入不要です。

接種情報	1回目接種	接種日	年	月	日	
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村	
		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"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳) <input type="checkbox"/> ファイザー(6か月~4歳) <input type="checkbox"/> その他()			
		接種場所				
	2回目接種	接種日	年	月	日	
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村	
		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"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳) <input type="checkbox"/> ファイザー(6か月~4歳) <input type="checkbox"/> その他()			
		接種場所				
	3回目接種	接種日	年	月	日	
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村	
		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"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳) <input type="checkbox"/> その他()			
		接種場所				
	4回目接種	接種日	年	月	日	
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村	
		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"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他()			
		接種場所				

※以下の記入欄には記入しないでください。(新型コロナ対策課)

申請書の内容により 接種券を交付します。 交付しません。

決裁欄	決裁年月日	課長	指導監	リーダー	担当	受付印
	月 日					
	交付日					
	月 日					