

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

令和 年 月 日

岩沼市長 殿

申請者^{ふりがな}氏名 _____

申請者住所 〒 _____

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①・②をよくお読みの上、にチェックを記入してください。)

① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、岩沼市が個人番号（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、被接種者の以前にお住まいの市町村における接種記録を確認します。

② 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	_____
	氏 名		
	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
発行を希望する接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目接種分 <input type="checkbox"/> 2回目接種分 <input type="checkbox"/> 3回目接種分		
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"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券を医師との相談（予診）のみで使用したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____	

(裏面につづく)

<p>接種状況</p> <p>※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<u>記入不要</u>です。</p> <p>※再発行の方は<u>記入不要</u>です。</p>	1回目	<p>①接種日：令和 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"/>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：_____） （接種を行った会場名：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に：_____）</p> <p>※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。</p>
	2回目	<p>①接種日：令和 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"/>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：_____） （接種を行った会場名：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に：_____）</p> <p>※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。</p>

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・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
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・海外での接種
- ・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