

# 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

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（ ）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

また、匝瑳市が接種券の発行にあたって、下記情報によりワクチン接種記録システムで対象者の接種記録を確認することに同意します。

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	西暦 年 月 日 (大正・昭和・平成・令和 年)	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
申請理由	<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"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 転入（前住所地： 都・道・府・県 市・区・町・村） <small>※ワクチン接種記録システムで接種歴が確認できない場合、接種済証などの提出をお願いすることがあります。</small>		
接種状況	<b>最終接種日：</b> 年 月 日 <b>ワクチン種類：</b> <input type="checkbox"/> ファイザー 【 乳幼児 ・ 5～11歳 ・ 12歳以上 】 <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

職員 処理欄	受付区分	電話 ・ 窓口 ・ 郵送 ・ CC 【受付者名： _____】	
	接種券区分	<input type="checkbox"/> 初回接種 【 乳幼児 ・ 5～11歳 ・ 12歳以上 】 <input type="checkbox"/> 追加接種（オミクロン） 【 5～11歳 ・ 12歳以上 】 <input type="checkbox"/> 追加接種 _____	
	発行区分	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	発行日： 年 月 日 【担当者名： _____】