

【追加接種（3回目接種）用】

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

函南町長宛

| | | |
|---|------|--|
| 申請者 | ふりがな | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| 被接種者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 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、にチェックしてください。）

- ① 新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、函南町が個人番号（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区町村における接種記録を確認します。
- ② 転入前に発行された3回目接種用の接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|--|---|------|---|--|---|--|--|--|--|
| 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 | T S H 西暦 | | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | (転入の場合) | | | | | | | | | | | |
| 転出元住所 (転入の場合) | 都道府県 | | | | | 市区町村 | | | | | | | |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | | | | | | | |

(裏面につづく)

| | | | | | |
|-------------|---|-----|--|-----|--|
| <p>申請理由</p> | <p> <input type="checkbox"/> 転入 <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"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみでを使用した <input type="checkbox"/> その他の接種 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 在日米軍による接種 <input type="checkbox"/> 製薬メーカーによる治験等としての接種 <input type="checkbox"/> 海外での接種 <input type="checkbox"/> 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 （ ） </p> | | | | |
| <p>接種状況</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="435 622 566 1108">1回目</td> <td data-bbox="566 622 1520 1108"> ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 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"/> b 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 a を選んでください。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="435 1108 566 1590">2回目</td> <td data-bbox="566 1108 1520 1590"> ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を発行市区町村名： _____） <input type="checkbox"/> b 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 a を選んでください。 </td> </tr> </table> | 1回目 | ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 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"/> b 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 a を選んでください。 | 2回目 | ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を発行市区町村名： _____） <input type="checkbox"/> b 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 a を選んでください。 |
| 1回目 | ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 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"/> b 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 a を選んでください。 | | | | |
| 2回目 | ・接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・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 ・接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> a 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を発行市区町村名： _____） <input type="checkbox"/> b 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 a を選んでください。 | | | | |

行政記入欄

| | | | | |
|------|------|------|-------|----------|
| 受付印： | 受付者： | 交付者： | 転入処理 | |
| | | | 接種券番号 | 予約システム入力 |

※ マイナンバーカードは職員がコピーしてはいけません。