令和　　年　　月　　日

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

2022.11.16

愛西市長宛

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上において、愛西市が個人番号（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区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。

裏面へ→

〇市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種券番号 | 発行回数 | 受付方法 | 交付状況 | **発送及び手渡日** | 受付者 | 確認者 | 備考 |
| 2 | 回目  　　接種券 | □窓口  □電話 | □交付未  □交付済 | **□手渡　　　／**  **□発送　 　／** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発行希望回数 | | １２歳以上の方 | | | | | ５歳以上１１歳以下の方 | 生後６か月以上４歳以下の方 | |
| □初回(１・２回目)接種券  □３回目接種券  □４回目接種券  □５回目接種券 | | | | | □初回(１・２回目)接種券  □３回目接種券 | □初回(１・２・３回目)接種券 | |
| 接種状況 | | □未接種　　□１回接種済　　□２回接種済　　□３回接種済　　□４回接種済 | | | | | | | |
| 被接種者 |  | □申請者  と同じ | |  | | | | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | | | | | | | |
| 送付先住所　※１ | | □被接種者と同じ | | □その他  　→ | | 〒 | | | |
| 申請理由 | | □接種券が届かない　　　　□接種券の紛失･破損  □転入　※他市町村からの転入で前回までの接種済証の写し等がない方は、以下に個人番号(マイナンバー)を記入し、かつ裏面の接種状況を全て記入した方のみ接種済証の写し等を省略できます。　(注1) 国外からの転入は前回までの接種済証の写し等全てが必要となります。  個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   □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  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | |
| 接種状況  ※再発行の方は**記入不要**です。  ※接種記録書や予防接種済証の写しの添付があれば記載省略可。  ※オミクロン株対応ワクチン（ファイザー社・モデルナ社）は**１人１回のみ**となります。 | | | １回目 | | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②ワクチン種類：**□ファイザー 　□モデルナ 　□アストラゼネカ  □ノババックス □小児用ファイザー(５歳以上１１歳以下)  □乳幼児用ファイザー(生後６か月以上４歳以下)  □その他（　　　　　　　　　）  **③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**  □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：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ２回目 | | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②ワクチン種類：**□ファイザー 　□モデルナ 　□アストラゼネカ  □ノババックス □小児用ファイザー(５歳以上１１歳以下)  □乳幼児用ファイザー(生後６か月以上４歳以下)  □その他（　　　　　　　　　）  **③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**  □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：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 3回目 | | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②ワクチン種類：**□ファイザー 　□モデルナ 　□アストラゼネカ  □ノババックス □小児用ファイザー(５歳以上１１歳以下)  □乳幼児用ファイザー(生後６か月以上４歳以下)  □その他（　　　　　　　　　）  **③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**  □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：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 4回目 | | **①接種日：**　　　　　年　　　月　　　日  **②ワクチン種類：**□ファイザー 　□モデルナ 　□アストラゼネカ  □ノババックス □その他（　　　　　　　　　）  **③接種の方法（当てはまるものにチェック）：**  □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：　　　　　　　　　　　　　　）  □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。

**添付書類　前回までの接種履歴がわかるもの全て（接種済証の写し等）**

**※申請理由で□転入にチェックが入る場合**

※1　送付先住所のその他にチェックが入る場合、送付変更先の根拠となる資料（施設名簿、はがきなど

の郵便物等）の提示をお願いします。