

接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

令和 年 月 日

みよし市長

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 みよし市 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

- ・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、みよし市が個人番号（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、被接種者の以前のお住いの市区町村における記録を確認します。
- ・前住所地で発行された接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

上記に同意の上、下記のとおり、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	※接種途中で氏名が変わった人のみ 旧姓：	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		
	生年月日	西暦 / 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 乳幼児用接種券の新規発行 <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 ()		
希望する接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目（乳幼児以外） <input type="checkbox"/> 1・2・3回目（乳幼児用） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目 ※いずれかひとつに <input checked="" type="checkbox"/>			
接種状況 ※要接種記録※	前回の接種日	メーカー	接種時に住民票の あった市町村	
	— 回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> みよし市 <input type="checkbox"/> その他 ()	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____		

※郵送による申請の場合には、接種済証等のコピー、身分証のコピーを添えてください。

職 員 記 入 欄	接種履歴確認 <input type="checkbox"/> 写しの提出あり <input type="checkbox"/> 目視確認（アプリ等） <input type="checkbox"/> VRSで確認 <input type="checkbox"/> 健康管理システムで確認 <input type="checkbox"/> 母子手帳（写しあり）
	本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
	窓口 _____ 確認 _____
<受付方法> 窓口申請・郵送申請（発送日 / ）	