

接種券発行申請書兼接種記録確認同意書【1、2回目接種用】

令和 年 月 日

みよし市長

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 ()

- ・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（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。
- ・転出元で発行された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。

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	
	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	
	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 ()	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

〔職員記入欄〕

接種履歴確認 写しの提出あり 目視確認(アプリ等) VRSで確認 健康管理システムで確認
本人確認書類 マイナンバーカード 免許証 健康保険証 その他

窓口 _____ 確認 _____