

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 _____

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。
- ・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。
- ・令和4年9月20日から接種が開始されたオミクロン株対応ワクチンをすでに接種した人は申請の対象外です。（海外でオミクロン株対応ワクチンをすでに接種されたことのある人も申請対象外となります。）

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	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"/> 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 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 ※いずれかひとつに <input checked="" type="checkbox"/>	
接種状況 ※要接種記録※ ※すでにオミクロン株対応ワクチンを接種済みの方は申請の対象外※	接種日	メーカー	接種時に住民票のあった市町村
	1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"/> 他()	
	2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"/> 他()	
	3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"/> 他()	
	4回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 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 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

<受付方法>

窓口申請 ・ 郵送申請

発送日 (/)