

接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【再発行用】

令和 4 年 10 月 14 日

清瀬市長宛

申請者 ふりがな 氏名 清瀬 太郎
住所 中里 5 丁目 842 番地
電話番号 042-999-9999
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。(下記をよくお読みの上、□にチェックしてください。)

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、清瀬市が個人番号(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、被接種者の接種記録を確認することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな			
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
	住民票に 記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒204-	清瀬市
	生年月日	(西暦/和暦) 1995 年 5 月 20 日(27 歳)		
申請書類	<input type="checkbox"/> 1・2 回目接種券 <input type="checkbox"/> 3 回目接種券 <input checked="" type="checkbox"/> 4 回目接種券 <input type="checkbox"/> 5 回目接種券 <input type="checkbox"/> 接種済証			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 接種券(接種済証)の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券の未達 <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()			

※転入された方は、本申請書ではなく、【転入者用】の申請書にご記入ください。

(裏面につづく)

(市記入欄)

再審査	審査	受付

--

追加の確認が必要な場合、
お電話での連絡をさせて頂く旨
ご承諾済み

接 種 状 況	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 1回目接種済	<input type="checkbox"/> 2回目接種済
		<input checked="" type="checkbox"/> 3回目接種済	<input type="checkbox"/> 4回目接種済	<input type="checkbox"/> 5回目接種済
	1回目接種	接種日: <u>2021</u> 年 <u>6</u> 月 <u>29</u> 日 ワクチン種類: <input checked="" type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
	2回目接種	接種日: <u>2021</u> 年 <u>7</u> 月 <u>20</u> 日 ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
	3回目接種	接種日: <u>2022</u> 年 <u>3</u> 月 <u>21</u> 日 ワクチン種類: <input checked="" type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.1) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.1) <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.4/5)		
	4回目接種	接種日: _____年 _____月 _____日 ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.1) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.1) <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.4/5)		
5回目接種	接種日: _____年 _____月 _____日 ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.1) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.1) <input type="checkbox"/> ファイザー(BA.4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ(BA.4/5)			
添付書類	本人の申請の場合 ➔ 申請者の身分証の写し 代理人の申請の場合 ➔ 申請者と被接種者の身分証の写し			

※以下の方法で接種をした場合は接種済証または接種記録書の写しを一緒にご提出ください。

- ・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
- ・在日米軍従業員接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、