

# 接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【転入者用】

令和 年 月 日

清瀬市長宛

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( )

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。)

- 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、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、被接種者の以前にお住まいの市区町村で登録された接種記録を確認することに同意します。

※3回目以降の接種券については、前回接種日から3か月後を目途に発送する予定です。

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	〒204- 清瀬市	
	転入日	年 月 日		
	生年月日	(西暦/和暦)	年	月
申請書類	<input type="checkbox"/> 1・2 回目接種券 <input type="checkbox"/> 3 回目接種券 <input type="checkbox"/> 4 回目接種券 <input type="checkbox"/> 5 回目接種券			

(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 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: _____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"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
		接種時の住所: _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____		
2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"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ			
	接種時の住所: _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____			
3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"/> 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)			
	接種時の住所: _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____			
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)			
	接種時の住所: _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____			
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 + 転入前に1回以上接種をしている方は、接種券(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。			