

接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【3回目接種・転入者等】

※3回目の接種券は、2回目の接種日から8カ月後の日が近づいた人に、
順次お送りする予定です。

令和 年 月 日

栗東市長 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①・②をよくお読みの上、にチェックしてください。)

- ① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、栗東市が個人番号（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、被接種者が以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。
- ② 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、廃棄してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <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"/> 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 ()
------	--

※申請には接種済証、接種記録書、接種証明書（ワクチンパスポート）いずれかの写しを添付して頂く
必要があります。

接種済証等を紛失された方は、裏面にこれまでの接種状況をご記入ください。

(裏面につづく)

○発券対象者（同一世帯の方のみ）

被 接 種 者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	生年月日	西暦 年 月 日				
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください			
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 （ ） その他※（ ）	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 （ ） その他※（ ）
被 接 種 者	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	生年月日	西暦 年 月 日				
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください			
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 （ ） その他※（ ）	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 （ ） その他※（ ）

※「接種券発行自治体」の「その他」には以下の（ア）～（オ）から選びご記入ください。

- （ア） 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
- （イ） 在日米軍による接種 （ウ） 製薬メーカーによる治験としての接種 （エ） 海外での接種
- （オ） 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

○発券対象者（同一世帯の方のみ）※3名以上申請をされる方はこちらにご記入ください。

被 接 種 者	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	生年月日	西暦 年 月 日				
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください			
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()
		接種券発行 自治体	都道府県・市町村名 () その他※ ()		接種券発行 自治体	都道府県・市町村名 () その他※ ()
被 接 種 者	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	生年月日	西暦 年 月 日				
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください			
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()
		接種券発行 自治体	都道府県・市町村名 () その他※ ()		接種券発行 自治体	都道府県・市町村名 () その他※ ()

※「接種券発行自治体」の「その他」には以下の(ア)～(オ)から選りご記入ください。

- (ア) 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
- (イ) 在日米軍による接種 (ウ) 製薬メーカーによる治験としての接種 (エ) 海外での接種
- (オ) 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

○発券対象者（同一世帯の方のみ）※3名以上申請をされる方はこちらにご記入ください。

被 接 種 者	氏名						
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ					
	生年月日	西暦 年 月 日					
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください				
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日	
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 () その他※ ()	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 () その他※ ()	
	被 接 種 者	氏名					
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
生年月日		西暦 年 月 日					
接 種 状 況	接種済証・接種記録書・接種証明書 いずれかの写しの添付		<input type="checkbox"/> 有：下記の接種状況欄の記入不要 <input type="checkbox"/> 無：下記の接種状況欄にご記入ください				
	1 回 目	接種日	年 月 日	2 回 目	接種日	年 月 日	
		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 () その他※ ()	接種券発行 自治体		都道府県・市町村名 () その他※ ()	

※「接種券発行自治体」の「その他」には以下の(ア)～(オ)から選びご記入ください。

- (ア) 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
 (イ) 在日米軍による接種 (ウ) 製薬メーカーによる治験としての接種 (エ) 海外での接種
 (オ) 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種