

新型コロナワクチン接種券発行申請書【 1, 2回目 ・ 3回目 】

↑ 必要な接種券の種類を○で囲んでください

令和 年 月 日

美里町長 宛 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 被接種者との続柄 本人 同居の親族
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 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（以下「VRS」という。）上において、美里町長が個人番号又は他の個人情報により、被接種者の以前にお住まいの市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接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

申請内容	<input type="checkbox"/> 新規（転入） <input type="checkbox"/> 再発行	
申請理由(再発行の場合)	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損・汚損 <input type="checkbox"/> 「接種」はせずに「予診」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	〒 _____

被接種者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	美里町		
	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	(西 曆)	年 月 日

接種状況 * 接種をした回数にチェックし、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 未接種	
	<input type="checkbox"/> 1回目	①接種日: 令和 年 月 日 ②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() ③接種の方法(当てはまるものにチェック): <input type="checkbox"/> 集団接種会場、医療機関、職域会場等(前住所: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/> 2回目	①接種日: 令和 年 月 日 ②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() ③接種の方法(当てはまるものにチェック): <input type="checkbox"/> 集団接種会場、医療機関、職域会場等(前住所: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

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

【 市町村記入欄 】

受付区分 : 郵送 電話 窓口
 接種履歴 : VRS 確認
 配布区分 : 郵送 窓口
 渡した日 : 月 日 発行確認

【 受 付 印 】