

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【3回目接種用】

※2回目の接種を受けてから概ね6か月以上経過していない方は、
3回目接種用の接種券発行申請をすることができません。

令和 年 月 日

南部町長宛

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 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、南部町が個人番号（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。

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	〒 南部町
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

（裏面につづく）

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
<p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※再発行の方は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="458 286 587 913">1回目</td> <td data-bbox="587 286 1501 913"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="458 913 587 1529">2回目</td> <td data-bbox="587 913 1501 1529"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> </td> </tr> </table>	1回目	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>	2回目	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>
1回目	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>				
2回目	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>				

※「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