

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）  
【追加接種（3回目接種）用】

令和 年 月 日

袋井市長 あて

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（ \_\_\_\_\_ ）

次の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（次の①・②をお読みいただき、□にチェックしてください。）

【同意事項】

- 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、袋井市が個人番号（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町村における接種記録を確認します。
- ② 転出した市町村で発行された追加接種（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	<small>ふりがな</small> 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	〒
	生年月日	(西暦)	年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		
申請理由	<input checked="" 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"/> 接種予定日に「予診のみ」（医師との相談のみ）で使用した <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

（裏面につづく）

<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、本欄の<u>記入は不要</u>です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p> <p>※再発行の方は、<u>記入不要</u>です。</p>	1 回目	①接種日	(西暦) 年 月 日
		②ワクチンの種類 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 小児（5～11歳）用ファイザー <input type="checkbox"/> 従来型ファイザー <input type="checkbox"/> 従来型モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス）
		③接種の方法 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を発行した市町村名： ) <b>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、こちらを選んでください。</b> <input type="checkbox"/> その他（※） (具体的に： )
	2 回目	①接種日	(西暦) 年 月 日
		②ワクチンの種類 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 小児（5～11歳）用ファイザー <input type="checkbox"/> 従来型ファイザー <input type="checkbox"/> 従来型モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス）
		③接種の方法 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を発行した市町村名： ) <b>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、こちらを選んでください。</b> <input type="checkbox"/> その他（※） (具体的に： )

※「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