

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

阿波市長 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。

（次の文言をよくお読みの上、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（以下「VRS」という。）上において、阿波市が個人番号（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、被接種者のこれまでの接種記録を確認します。

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	〒										
	生年月日	年 月 日											
	個人番号 <small>（接種済証がある場合は記載不要）</small>												
	必要な接種券の種類	<input type="checkbox"/> 1・2回			<input type="checkbox"/> 2回目			<input type="checkbox"/> 3回目			<input type="checkbox"/> 4回目		

※市記入欄	
VRS 確認	令和 年 月 日
接種券発行	令和 年 月 日 窓口・郵送
システム登録	令和 年 月 日

送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
申請理由	<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（ _____ ）	
<p>接種状況※わかる範囲で ご記入ください。</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種 証明書を提出される方は、 本欄は記入不要です。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p> <p>※「<u>接種の方法</u>」の <u>「その他」には以下の 方法が当てはまります。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※「<u>接種の方法</u>」について、 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、「<u>市町村の会場や医療 機関、職域会場での接種</u>」を 選んでください。</p>	<p>1回目</p> <p>2回目</p> <p>3回目</p>	<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>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>① 接種日： 3回目 _____ 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>