

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【転入者用】

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、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未使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	年 月 日												
	個人番号 <small>（接種済証がある場合は記載不要）</small>													

※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

