

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

【 オミクロン株対応接種用・従来株用・小児用・乳幼児用 】

令和 年 月 日

朝霞市長宛

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（ ）

※ 以下の太枠内をご記入ください。

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

被 接 種 者	氏名 <small>ふりがな</small>	<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 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（再発行） <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（ ）	
発行接種券		（ ）回目用接種券	

◇ 事務処理欄 ◇	
本人 確認	免許証・パスポート・マイナンバーカード その他（ ）
転入	<input type="checkbox"/> 前住所地接種券コピー <input type="checkbox"/> e-suite 住基画面印刷 <input type="checkbox"/> 予約システム入力

（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、 本欄は記入不要です。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してくだ さい。</p>	<p>1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</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ノババックス</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>小児ファイザー <input type="checkbox"/>乳幼児ファイザー</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③ 接種場所： _____</p>
	<p>2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</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ノババックス</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>小児ファイザー <input type="checkbox"/>乳幼児ファイザー</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③ 接種場所： _____</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</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>ノババックス</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>小児ファイザー <input type="checkbox"/>乳幼児ファイザー</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③ 接種場所： _____</p>
	<p>4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</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③ 接種場所： _____</p>