

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【 _____ 回目接種用】

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

大月市長 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。

- 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、大月市が個人番号（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区町村における接種記録を確認することに同意をします。

※ 太枠内も記入してください。

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
	マイナンバー		
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"/> 転入 <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 (_____)	
前回接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種証明書等の写しを提出される方は、本欄は 記入不要 です。 ※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。		① 種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 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"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ③ 接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市区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区町村名 _____) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に _____) ※1 ※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「市区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。	

※1 「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、市区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