

新型コロナウイルスワクチン接種状況確認書
兼接種券発行申請書

受付

令和 年 月 日

みやき町長 様

フリガナ
申請者氏名

住所 みやき町大字

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、新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請します。

下記をよくお読みの上、にチェックを記入してください。

- ※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、みやき町が個人番号（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、被接種者の接種記録を確認することに同意します。

被 接 種 者	フリガナ名	<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 (歳)	
接種歴	<input type="checkbox"/> 未接種である <input type="checkbox"/> (回)接種済である		
申請区分	<input type="checkbox"/> 接種券を希望する <input type="checkbox"/> 接種券を希望しない <input type="checkbox"/> 接種済証を希望する。		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券や済証の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 ※接種した市町が複数ある場合にはそれぞれ記入してください。 (例：1・2回目〇〇市、3回目以降〇〇町)		

※ 接種状況を証明する書類として、次に掲げるいずれかの書類のコピーを添付してください。
接種済証、接種記録書、接種証明書、製薬メーカーによる治験としての接種や海外での接種証明する書類など)

※ 添付書類がない場合は、次回接種券を発行することができない場合があります。

※ 次回接種券は、前回接種日より規程の間隔が経過する頃に順次発送しています。

※ 記載された個人情報は、新型コロナワクチン接種券及び接種済証発行以外で使用することはありません。

【同一世帯に接種券発行者が複数いる場合に記入してください。】

申請者署名 _____

被 接 種 者	フリガナ名	<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
接種歴		<input type="checkbox"/> 未接種である <input type="checkbox"/> (回)接種済である	
申請区分		<input type="checkbox"/> 接種券を希望する <input type="checkbox"/> 接種券を希望しない <input type="checkbox"/> 接種済証を希望する。	
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券や済証の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 ※接種した市町が複数ある場合にはそれぞれ記入してください。 (例：1・2回目〇〇市、3回目以降〇〇町)	

被 接 種 者	フリガナ名	<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
接種歴		<input type="checkbox"/> 未接種である <input type="checkbox"/> (回)接種済である	
申請区分		<input type="checkbox"/> 接種券を希望する <input type="checkbox"/> 接種券を希望しない <input type="checkbox"/> 接種済証を希望する。	
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券や済証の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 ※接種した市町が複数ある場合にはそれぞれ記入してください。 (例：1・2回目〇〇市、3回目以降〇〇町)	