

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【オミクロン株対応ワクチン接種用】

※オミクロン株対応ワクチン接種は、前回の接種を受けてから3か月以上経過した、5歳以上の方が対象です。

令和 年 月 日

伊丹市長宛

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（ ）

※ 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	<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
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

(裏面につづく)

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（ ）
<p>【 】回目接種状況</p> <p>※最後に接種した回数を記入してください。</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>※分かる範囲で記入してください。</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（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>武田（ノババックス） <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）</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： _____）（※2）</p> <p>※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。</p>

※「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等としての接種
- ・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

【職員記入欄】

内容	確認書類	
下記以外の者	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他） <input type="checkbox"/> 被接種者確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他） <input type="checkbox"/> 送付先住所の分かるもの（ ）	
成年被後見人、被保佐人、被補助人	<input type="checkbox"/> 被後見人等確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他） <input type="checkbox"/> 後見人等確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他） <input type="checkbox"/> 成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し	
接種状況	<input type="checkbox"/> 接種実績確認書類（ <u>VRS</u> ・接種済証・接種記録書・接種証明書・その他） ※原則としてVRSで確認すること	
	接種券発行申請受付日	： 月 日 氏名：
	予約管理システム入力処理日	： 月 日 氏名：
	発行内容確認者 氏名：	