

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

帯広市長宛

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。

（下記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、帯広市が個人番号（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します。
- ② 転出元で発行された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	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	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（ 歳）
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

（裏面につづく）

<p>申請理由</p>	<p><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>
<p>接種状況</p> <p>※一番最後に接種した内容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<u>記入不要</u>です。</p>	<p>①接種回数：<input type="checkbox"/>未接種 <input type="checkbox"/>（ _____ ）回目接種済</p> <p>②接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>③ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ノババックス <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>④接種の方法： <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： _____ ） <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</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

※オミクロン株対応2価ワクチン（BA.1対応型もしくはBA.4/5対応型）は、現時点では1回のみの接種のため、転出元で既に接種済みの場合は、接種券の発行はできません。