

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

六戸町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____
 住所 〒 _____

電話番号（昼間連絡の取れる番号） _____
 被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ _____ ）

以下のとおり新型コロナワクチン接種券付与診票（以下「接種券」という。）の発行を申請します。また、接種券の発行にあたっては、接種券発行対象者の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の転入前の市区町村へ接種記録について確認することに同意します。

※未使用の接種券（転入前のもの等）がお手元にある方は申請の際に提出するか、廃棄してください。

また、接種済証は大切に保管してください。

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			
申請理由		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 町内転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 予診のみを受け、券を使用 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 医療従事者、高齢者施設等の従事者・入所者、通所サービス事業所利用者 <input type="checkbox"/> 病院又は有床診療所の入院患者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
申請する接種券		<input type="checkbox"/> 1・2回目接種券 <input type="checkbox"/> 2回目接種券のみ <input type="checkbox"/> 3回目接種券			
接種状況 未接種の方、接種済証 又は接種記録書の写し 添付の場合は記入不要 です。		回数	接種日	ワクチンの種類	各回接種完了時点での 住民票上の市区町村名
		1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ	都道府県
		2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ	都道府県
					市区町村

役場処理欄

事務欄	添付書類	本人確認書類・接種済証等の写し（有・無）・その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 受付⇒ <input type="checkbox"/> 記載事項・ <input type="checkbox"/> 添付書類確認⇒ <input type="checkbox"/> システム確認⇒ <input type="checkbox"/> 印字⇒ <input type="checkbox"/> 接種記録確認⇒ <input type="checkbox"/> 発送	