

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【追加接種（3回目接種）用】

※2回目の接種を受けてから原則8か月以上経過していない方は、追加接種（3回目接種）用の接種券発行申請をすることができません。

令和 年 月 日

御宿町長 あて

申請者 ふり氏 がな名 \_\_\_\_\_

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追加接種（3回目接種）用の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</small> 氏 <small>がな</small> 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	大・昭・平・西暦	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（ _____ ）	
接種状況  ※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。  ※再発行の方は <u>記入不要</u> です。  ※分かる範囲で記入してください。	1回目	①接種日： _____ 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"/> アストラゼネカ ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <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： _____ ）  ※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。
	2回目	①接種日： _____ 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"/> アストラゼネカ ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <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： _____ ）  ※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。

※「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

※処理欄

交付日	/	備考	
-----	---	----	--