

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・4・5回目接種)用】

\*前回の接種を受けてから概ね3か月以上経過していない方は、接種券発行申請をすることができません。

令和 年 月 日

尼崎市長 宛

下記の事項に同意の上、  
接種券の発行を申請します。

① 接種券の発行にあたっては、予防接種台帳又はワクチン接種記録システム(VRS)上において、尼崎市が個人番号(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することがあります。

② 転出先で発行された接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄

本人以外の場合は、  
申請者の本人確認書類の  
写しが必要です。

本人  
 同一世帯員  
 その他( )

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"/> 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( )	

(裏面につづく)

<p style="text-align: center;"><b>接種状況</b></p> <p>※ご自身が接種された回数まで記入してください。</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<b>記入不要</b>です。</p> <p>※再発行の方は<b>記入不要</b>です。</p> <p>※わかる範囲で記入してください。</p> <p>※③「接種の方法」の「その他」の具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・在日米軍による接種</li> <li>・製薬メーカーによる地検としての接種</li> <li>・海外での接種</li> <li>・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域接種での接種に当てはまらない接種</li> </ul>	2回目	<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 <input type="checkbox"/>武田/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"/>その他 ( _____ )</p> <p>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。</p>
	3回目	<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 <input type="checkbox"/>武田/モデルナ  <input type="checkbox"/>武田/ノババックス <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p> <p>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。</p>
	4回目	<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 <input type="checkbox"/>武田/モデルナ  <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p> <p>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。</p>