

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【3回目接種用】

2回目接種を終了後、5か月以上経過した12歳以上の方が対象となります。

令和 年 月 日

八雲町長宛

ふりがな
申請者 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（ ）

接種対象者	ふりがな		
	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	大正・昭和・平成	年 月 日
送付先住所 *1	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
申請理由	<input type="checkbox"/> 海外で接種した <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、破損 <input type="checkbox"/> 2回目接種後の転入 <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（ ）		

*1. 接種券は、住民票に記載の住所、または送付先住所を記載の場合は送付先住所へ送付いたします。

*2. 1・2回目の接種済証または接種記録書、接種証明書の「写し」を添付してください。添付した場合は裏面の記載は不要です。

(裏面に続きます)

接種状況 *2 (接種記録書、接種証明書の「写し」を添付する場合記載は不要です。)	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 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 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 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 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