

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

北海道伊達市長宛

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（ ）

|                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 発行を希望する接種券<br>※当てはまる方に✓をつけてください | <input type="checkbox"/> 1・2回目接種券 |
|                                 | <input type="checkbox"/> 3回目接種券   |

|                  |                                     |                                     |       |
|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 被<br>接<br>種<br>者 | ふりがな<br>氏名                          | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ |       |
|                  | 住民票に記載の住所                           | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ | 〒     |
|                  | 生年月日                                |                                     | 年 月 日 |
| 送付先住所            | <input type="checkbox"/> 申請者<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 接種状況<br><br>※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。<br><br>※再発行の方は <u>記入不要</u> です。<br><br>※分かる範囲で記入してください。 | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="458 336 587 891">1回目</td> <td data-bbox="587 336 1501 891"> ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br/> 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<br/> ③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br/> <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br/> （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br/> <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）<br/><br/> ※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。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="458 891 587 1433">2回目</td> <td data-bbox="587 891 1501 1433"> ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br/> 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<br/> ③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br/> <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br/> （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br/> <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）<br/><br/> ※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。 </td> </tr> </table> | 1回目 | ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>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<br>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br><input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br>（接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><br>※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<br>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<br>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br><input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br>（接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><br>※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。 |
| 1回目                                                                                                              | ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>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<br>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br><input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br>（接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><br>※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<br>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<br>③接種の方法（当てはまるものにチェック）：<br><input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種<br>（接種券を送ってきた市町村名： _____ ）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><br>※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