

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回目の接種を受けてから概ね6か月以上経過していない方は、
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

田辺市長 宛て

住 所 〒

申請者 ふりがな 氏名

電話番号

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

○代理申請の場合、委任状及び代理人の本人確認書類が必要です。

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記①・②をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- ① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、田辺市が個人番号（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に同意します。
- ② 当市転入前市町村で発行された3回目接種用の接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 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		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"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 予診のみで使用 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
<p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。</p> <p>※再発行の方は記入不要です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="459 336 587 855">1回目</td> <td data-bbox="587 336 1485 855"> <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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 855 587 1370">2回目</td> <td data-bbox="587 855 1485 1370"> <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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p> </td> </tr> </table>	1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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p>	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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p>
1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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p>				
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"/>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、大規模接種会場、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： _____ ）</p>				

※「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