

接種券付き予診票・接種済証発行申請書  
(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

綾部市長 宛

申請者 <sup>ふりがな</sup> 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 ( )

下記のとおり、発行を申請します。

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	西暦 年 月 日 ( ) 歳		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済 <input type="checkbox"/> 5回接種済			
発行希望書類	<input type="checkbox"/> 小児(5-11歳) <input type="checkbox"/> 成人(12歳以上)	<input type="checkbox"/> 接種券付き予診票 <input type="checkbox"/> 接種済証のみ	<input type="checkbox"/> 1・2回目 <input type="checkbox"/> 4回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 5回目
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居(綾部市内) <input type="checkbox"/> 綾部市に転入(令和 年 月 日転入) <input type="checkbox"/> 紛失、滅失、破損 <input type="checkbox"/> 接種券付き予診票が届かない <input type="checkbox"/> 予診のみで使用(実施日: 年 月 日、医療機関: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		

※原則、住民票のある住所地へ郵送します。窓口での受け取りもしくはやむを得ない事情により住所地以外へ郵送する場合は、申請者及び被接種者の本人が確認できる書類をご提示ください。

※転入による新規発行の場合は、前回までの接種歴がわかる接種済証をご提示ください。

接種券付き予診票を発行希望の方で、接種済証等の提示ができない場合は裏面へ。

接種券付き予診票を発行希望の方で、接種済証等を提示できない場合は、下記にご記入ください。

(再発行の場合、最後に接種した回数の接種状況のみ)

接種状況	1 回目	接種日	年	月	日
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上) <input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳用) <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他( )		
	2 回目	接種日	年	月	日
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上) <input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳用) <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他( )		
	3 回目	接種日	年	月	日
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上) <input type="checkbox"/> モデルナ		<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/>従来型  <input type="checkbox"/>オミクロン株対応2価         </div>
			<input type="checkbox"/> ファイザー(5~11歳用) <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> その他( )		
	4 回目	接種日	年	月	日
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村
		ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ		<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/>従来型  <input type="checkbox"/>オミクロン株対応2価         </div>
			<input type="checkbox"/> その他( )		
	5 回目	接種日	年	月	日
接種時の住民登録地		都・道・府・県		市・区・町・村	
ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ		<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/>従来型  <input type="checkbox"/>オミクロン株対応2価         </div>	
		<input type="checkbox"/> その他( )			

<事務記入欄>

受付日	月	日	発行方法	<input type="checkbox"/> 郵送(未・済) <input type="checkbox"/> 手渡し
本人または代理人確認	運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・職員証・名刺			
	その他( )			
<input type="checkbox"/> 接種歴(確認方法: VRS・健康かるて・接種済証・その他)				
発行・送付日	月	日	発行・送付者	/