

## 接種券発行申請書

(新型コロナウイルス感染症)【転入者等用】

※追加接種等で一定期間が未経過の場合は、接種可能月の前月頃に接種券を送付します

申請日 令和 年 月 日

桑名市長 宛

申請者 ふりがな 氏名  
住所 〒

電話番号 (昼間連絡の取れる番号)

転入等に伴い、以下のとおり、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。また、接種券の発行にあたっては、接種券発券対象者の個人番号（マイナンバー）又は個人情報（氏名・生年月日・性別）を用いて、桑名市がワクチン接種記録システムまたは以前にお住まいの市区町村への聞き取り等の方法により、接種記録について確認することに同意します。

※転出元で発行された接種券がお手元にある場合は廃棄してください。

接種券発行対象者（原則、申請者本人または申請者と同居の親族に限る。2人目以降は裏面に記載）

ふりがな 氏名	住所	申請者との続柄	生年月日（西暦）	性別
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 月 日	男・女
接種履歴（接種回数分の履歴を記載すること） ※接種済証又は接種記録書の写し添付の場合記載不要			申請理由	
回数	接種日	ワクチンの種類	各回接種完了時点での 住民票上の市区町村名	
1	1回目	<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	都道府県 市区町村	<input type="checkbox"/> 左記市区町村が発行した接種券 を使い接種後、転入した <input type="checkbox"/> 海外で接種した <input type="checkbox"/> 製薬会社の治験で接種した <input type="checkbox"/> その他（ ）
	2回目	<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	都道府県 市区町村	
	3回目	<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	都道府県 市区町村	

以下、事務処理欄 / 受付者印と受け渡し方法は必ずチェックしてください

受付者印	本人確認	住基確認	接種確認	受け渡し方法・交付日	備考
				①即日交付 → / 交付済 ②郵送交付 → / 郵送	

※確認書類（免許証 マイナンバーカード パスポート その他（ ））

## 接種券発行対象者（原則申請者本人または申請者と同居の親族に限る。）

2	ふりがな 氏名	住所	申請者との続柄	生年月日（西暦）	性別
		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	<input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 月 日	男・女
	接種履歴（接種回数分の履歴を記載すること） ※接種済証又は接種記録書の写し添付の場合記載不要				申請理由
	回数	接種日	ワクチンの種類	各回接種完了時点での 住民票上の市区町村名	
	1回目	年 月 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村	
2回目	年 月 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村		
3回目	年 月 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村		
3	ふりがな 氏名	住所	申請者との続柄	生年月日（西暦）	性別
		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	<input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 月 日	男・女
	接種履歴（接種回数分の履歴を記載すること） ※接種済証又は接種記録書の写し添付の場合記載不要				申請理由
	回数	接種日	ワクチンの種類	各回接種完了時点での 住民票上の市区町村名	
	1回目	年 月 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村	
2回目	年 月 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村		
3回目	年 年 日	<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	都 道 府 県 市 区 町 村		