

新型コロナワクチン接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

岬町長 宛

申請者 令和 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他（ ）

被接種者	ふりがな			性別
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		男・女
	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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 -		
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 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券を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（ ）			
接種状況	接種歴【 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> （ ）回接種済 】 一番直近の新型コロナワクチンの接種日 （ ）回目：令和 年 月 日接種			
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、岬町が個人番号（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、申請者の転入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。				同意チェック <input type="checkbox"/>

~~~~~

**\*注意**

- この申請書兼同意書と旧接種券（転入の方は転入前市町村で発行された接種券）を岬町福祉課保健医療係に提出してください。旧接種券の接種実績（接種済証）を確認後、接種済証と新接種券を合わせて送付いたします。\*未接種（旧接種券に接種済証がない）の場合は、新接種券のみ送付します。
- 初回接種の新接種券送付は申請受理後1週間程度要します。転入時の即日交付はできません。
- 追加接種用の接種券は、前回接種を受けてからおおむね3~5か月以上経過する時期の2~3週間前に送付致します。

郵送先：〒599-0392 岬町深日 2000-1 岬町福祉課保健医療係 宛

# 新型コロナワクチン接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

岬町長 宛

記載例

申請者 令和4年11月15日

氏名 岬町 太郎

住所 岬町深日1234番地の1

電話番号 072-492-1234

被接種者との続柄 本人 同居の親族  
その他 ( )

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |               |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------|
| 被接種者                                                                                                                       | ふりがな                                                                                                                                                                                                    | みさきちょう たろう                                                      |               | 性別                                                         |
|                                                                                                                            | 氏名                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ                  |               | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
|                                                                                                                            | 住民票に<br>記載の住所                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ                  | 〒 -           |                                                            |
|                                                                                                                            | 生年月日                                                                                                                                                                                                    | 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 | 25 年 10 月 1 日 |                                                            |
| 送付先                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ                                                                                                                                                          | 〒 -                                                             |               |                                                            |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> 接種券を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                                                                                                                       | 接種歴【 <input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> ( 3 ) 回接種済 】<br>一番直近の新型コロナワクチンの接種日<br>( 3 ) 回目：令和 4年 5月31日接種                                                                      |                                                                 |               |                                                            |
| 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、岬町が個人番号（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、申請者の転入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。 |                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |               | 同意チェック<br><input checked="" type="checkbox"/>              |

## \*注意

- この申請書兼同意書と旧接種券（転入の方は転入前市町村で発行された接種券）を岬町福祉課保健医療係に提出してください。旧接種券の接種実績（接種済証）を確認後、接種済証と新接種券を合わせて送付いたします。\*未接種（旧接種券に接種済証がない）の場合は、新接種券のみ送付します。
- 初回接種の新接種券送付は申請受理後1週間程度要します。転入時の即日交付はできません。
- 追加接種用の接種券は、前回接種を受けてからおおむね3~5か月以上経過する時期の2~3週間前に送付致します。

郵送先：〒599-0392 岬町深日 2000-1 岬町福祉課保健医療係 宛