

# 【3回目】新型コロナワクチン接種券発行・送付先変更申請書

令和 年 月 日

国分寺市長宛

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 ( )

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 新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、国分寺市が個人番号（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します。
- ② 転出元で発行された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	<small>ふりがな</small> 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"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 送付先の変更を希望 <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 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
接種状況  ※接種済証、接種記録書、接種証明書（ワクチンパスポート）を提出される方は、本欄は <u>記入不要</u> です。  ※上記の提出がない場合、接種情報の確認に時間を要し、発効までに数週間かかる可能性がございます。  ※再発行の方は <u>記入不要</u> です。	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="458 336 587 963">1回目</td> <td data-bbox="587 336 1501 963">           ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日            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（ _____ ）            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，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： _____ ）            ※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="458 963 587 1576">2回目</td> <td data-bbox="587 963 1501 1576">           ①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日            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（ _____ ）            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，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： _____ ）            ※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 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（ _____ ） 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，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： _____ ） ※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 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（ _____ ） 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，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： _____ ） ※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 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（ _____ ） 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，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： _____ ） ※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 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（ _____ ） 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，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： _____ ） ※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

**【添付書類】**

- 被接種者の1・2回目を接種したことが分かる予防接種済証（接種券に記載）または接種記録書の写し
- （窓口発行・送付先変更する場合のみ）被接種者の本人確認書類（氏名・住所が載っている，健康保険証・運転免許証等の写し）

**【提出先】** 〒185-0024 泉町2-3-8 いずみプラザ 健康推進課 新型コロナウイルス感染症対策担当

**【問い合わせ先】** 国分寺市新型コロナワクチン接種コールセンター 042-320-3020