

(再発行)

(転入)

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

申請日 令和 年 月 日

小城市長 宛（福祉部健康増進課）

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） _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

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、小城市がワクチン接種記録システムにより、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。

※オミクロン株対応ワクチンの接種回数は、一人1回です。

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。）

被接種者	<small>ふりがな</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			性別
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			男 ・ 女
	生年月日 (西暦)				
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
申請理由	<input type="checkbox"/> 小城市に転入前の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"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わずに医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ）				
最終接種状況	回数	接種日	ワクチンの種類	接種完了時点での 住民票のあった市区町村	
	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 <input type="checkbox"/> オミクロン (ファイザー社製) <input type="checkbox"/> オミクロン (モデルナ社製)		
(以下、市記入欄：確認したら <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください)					受付印・受付担当
・ 窓口申請者が接種者本人の場合 <input type="checkbox"/> 本人確認（運転免許証等） <input type="checkbox"/> 被接種者の住基確認					(担当)
・ 窓口申請者が委任者の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任者（委任を受けた者）の本人確認 <input type="checkbox"/> 被接種者の住基確認					
受け渡し方法 <input type="checkbox"/> 即日交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 / 郵送					