

# 接種券発行申請書 兼 記録確認同意書（新型コロナウイルス感染症）

千曲市長宛

令和 年 月 日

この申請について、被接種者及びその関係者に同意を得ており、不利益が生じる場合にはすべて申請者が責任を負うこととします。また、未使用の接種券がある場合は責任をもって破棄します。

申請者	フリガナ		接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 同居の親族
	氏名			<input type="checkbox"/> 代理人（ ）	
	生年月日	年 月 日	電話番号	（ ）	-
	住所	〒			

## ○下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

同意チェック欄

申請には被接種者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写しの添付が必要です。また、代理人による申請の場合は、被接種者の本人確認書類に加え、代理人の本人確認書類も必要です。添付しましたか。（ただし、被接種者と申請者が同世帯であれば申請者の本人確認書類のみで可）	はい	<input type="checkbox"/>
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、千曲市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日等）により対象者の接種記録を確認します。	はい	<input type="checkbox"/>
【転入された方のみ】これまでの市外での接種事実が確認できるいずれかの書類（接種済証、接種記録書または接種証明書）が手元にある場合は写しを添付してください。	はい	<input type="checkbox"/>

## ○被接種者（接種券が必要な人）

1	(氏名)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		申請内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望（ <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> 転入（転入前自治体名： ）※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
2	(氏名)	(生年月日)	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望（ <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> 転入（転入前自治体名： ）※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
3	(氏名)	(生年月日)	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望（ <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> 転入（転入前自治体名： ）※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
4	(氏名)	(生年月日)	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望（ <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> 転入（転入前自治体名： ）※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※記載欄が不足する場合は裏面にもご記入ください。 千曲市処理欄

受付	市	C S	入力	確認	送・窓
/			/	/	/

5	(氏名)	(生年月日) 年 月 日	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請 内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望( <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 転入(転入前自治体名: _____)※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
6	(氏名)	(生年月日) 年 月 日	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請 内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望( <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 転入(転入前自治体名: _____)※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
7	(氏名)	(生年月日) 年 月 日	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請 内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望( <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 転入(転入前自治体名: _____)※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
8	(氏名)	(生年月日) 年 月 日	(住所(申請者と異なる場合のみ))	申請 内容	・__回目の接種券 ・接種済み証明書
	申請理由	<input type="checkbox"/> 令和5年秋開始接種のため新規で発券希望( <input type="checkbox"/> 医療・介護施設従事者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 転入(転入前自治体名: _____)※前回接種後に転入した場合は左にも <input checked="" type="checkbox"/> し転入前の自治体名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損・未着 <input type="checkbox"/> 海外で接種 <input type="checkbox"/> 接種はせず医師の予診のみ <input type="checkbox"/> その他( _____ )			

千曲市処理欄

受付	市	C S	入力	確認	送・窓
/			/	/	/