

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【追加接種（4回目接種）用】

※3回目の接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、  
60歳以上の方、基礎疾患を有する18～59歳の方等が対象です。

令和 年 月 日

佐呂間町長 様

申請者 氏名 ふりがな \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
佐呂間町字 \_\_\_\_\_

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①～③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上において、佐呂間町が個人番号（マイナンバー）または他の個人情報（氏名・生年月日等）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 3回目接種の状況を確認できる書類（接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれか）の写しを提出してください。
- ③ 転入を理由に本申請を行う方で、転出元で発行された4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	ふりがな 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		
交付種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付		
申請理由	<input type="checkbox"/> 18～59歳であるが、基礎疾患を有する等の理由で、接種を希望している <input type="checkbox"/> 18～59歳の医療従事者等である <input type="checkbox"/> 18～59歳の高齢者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 転入（転入日 年 月 日） <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"/> 転居 <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（ ）		
申請種別	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話（再交付の場合のみ対応可）		

（裏面につづく）

