

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【転入者用】

令和 年 月 日

青梅市長宛

申請者 フリガナ 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（ ）

送付先住所 申請者と同じ

〒 _____

※接種券は原則として住民票所在地に送付します。送付先が異なる場合は、記載した住所に住んでいることが分かる資料（郵便物の宛名、公共料金の支払い明細書等）の写しを添付してください。

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 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、青梅市が個人番号（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接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。
- ③ 3回目接種以降の接種券は、国の方針に従い対象者となる方に順次発送します。

被 接 種 者	フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日	年 齢	歳	
	氏名							
	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。 お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。							
	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種			<input type="checkbox"/>回目済			
	最終接種日 接種時の住所	.....回目 202.....年.....月.....日			都・道 府・県	区・市 町・村	
接種ワクチン	<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（ ）							

（同居のご家族分も申請される場合は裏面に、ご記入ください）

接種券が必要な方 ②	フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	歳	
	氏名							
	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。 お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。							
	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種			<input type="checkbox"/>回目済			
	最終接種日 接種時の住所	.....回目 202.....年.....月.....日			都・道 府・県	区・市 町・村		
接種ワクチン	<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 ()							

接種券が必要な方 ③	フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	歳	
	氏名							
	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。 お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。							
	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種			<input type="checkbox"/>回目済			
	最終接種日 接種時の住所	.....回目 202.....年.....月.....日			都・道 府・県	区・市 町・村		
接種ワクチン	<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 ()							

接種券が必要な方 ④	フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	歳	
	氏名							
	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。 お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。							
	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種			<input type="checkbox"/>回目済			
	最終接種日 接種時の住所	.....回目 202.....年.....月.....日			都・道 府・県	区・市 町・村		
接種ワクチン	<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 ()							

接種券が必要な方 ⑤	フリガナ		男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	歳	
	氏名							
	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。 お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。							
	接種回数	<input type="checkbox"/> 未接種			<input type="checkbox"/>回目済			
	最終接種日 接種時の住所	.....回目 202.....年.....月.....日			都・道 府・県	区・市 町・村		
接種ワクチン	<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 ()							