

接種券発行・再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）
【3回目接種用】

※桜川市が発行した接種券により2回目の接種を受けた方は、申請不要です。

※転入により発行申請していただいた方の接種券は、3回目接種可能日（2回目接種日から原則8か月後）
に合わせて、住民票に記載の住所（または、送付先住所）へ郵送にて交付いたします。

※再発行申請の場合は、1週間から10日程度で郵送にて交付いたします。

令和 年 月 日

桜川市長 様

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①～③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（以下「VRS」という。）上において、桜川市が個人番号（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、被接種者の接種記録（転入された方の場合、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 代理人により申請する場合、発券対象者の接種履歴について、桜川市がVRSで、個人番号（マイナンバー）以外の他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により確認します。
- ③ 転入された方で、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、桜川市に提出してください。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	<input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所 <input type="checkbox"/> 居住地 <small>(住民票等に記載がない方)</small>	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	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（自治体名：_____） <input type="checkbox"/> 転居（市内） <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"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> その他（_____）	
接種券番号 (10桁の番号)	<small>※分かる方は記載してください。</small>	
予約状況	3回目	(予約済みの場合) ①予約日： _____ 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 （予約先施設名：_____） <input type="checkbox"/> その他 （予約先施設名：_____）

※「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
- ・海外での接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・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】

- ・本人確認書類の写し
- ・接種済証または接種記録書の写し（1回目・2回目接種分）
- ・旧接種券（破損等でお持ちの方、転出元自治体が発行した接種券をお持ちの方）

市確認欄 担当： 印	<input type="checkbox"/> 運転免許書（_____） <input type="checkbox"/> 被保険者証（_____） <input type="checkbox"/> マイナンバー（_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）
市確認欄 担当： 印	【1回目】 接種日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 接種場所： _____ ワクチン： _____ ロット番号： _____ 【2回目】 接種日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 接種場所： _____ ワクチン： _____ ロット番号： _____