

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【3回目接種用】

※3回目接種は、初回接種を受けてから5か月以上経過した方が対象です。

年 月 日

北広島町長宛

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（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、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、その接種券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		

(裏面につづく)

<p>申請理由</p>	<p><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  <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（ _____ ）</p>				
<p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は<b>記入不要</b>です。</p> <p>※再発行の方は<b>記入不要</b>です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="458 336 590 1030"> <p>1回目</p> </td> <td data-bbox="590 336 1498 1030"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="458 1030 590 1727"> <p>2回目</p> </td> <td data-bbox="590 1030 1498 1727"> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> </td> </tr> </table>	<p>1回目</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>	<p>2回目</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>
<p>1回目</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>				
<p>2回目</p>	<p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/>モデルナ  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>ファイザー（5～11歳用）  <input type="checkbox"/>武田（ノババックス）</p> <p>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  （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）  <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>				

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