

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症予防接種）

令和 年 月 日

秋田県北秋田市長 宛

ふりがな
申請者 氏名 _____
住所 〒 _____
電話 _____
被接種者との続柄 本人
 本人以外（関係: _____）

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	〒 北秋田市			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	個人番号 (マイナンバー)	※不明な場合は記載不要				
	新型コロナワクチン 接種履歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ()回接種済				
	申請種別	<input type="checkbox"/> 5歳以上初回接種用(1・2回目接種) <input type="checkbox"/> 乳幼児初回接種用(1・2・3回目接種) <input type="checkbox"/> 初回以降の接種用				
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.北秋田市で発行された接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 2.予診のみで使用 <input type="checkbox"/> 3.転入（転入日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 4.他の自治体の接種券・海外で2回接種済 <input type="checkbox"/> 5.その他 ()					

【北秋田市へ転入する前の最後の接種状況・海外での接種状況】

※申請理由で3・4選択した方のみ

接 種 歴	最終接種日	() 回目	令和 年 月 日
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 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。

同意する 同意しない

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（以下VRSという。）上において、北秋田市が個人番号（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。