

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【追加接種（3回目接種）用】

令和 年 月 日

富士見市長 宛

ふりがな
申請者 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（ _____ ）

※代理人申請の場合は代理の方の本人確認書類のコピーもご提出ください。

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・②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（以下「VRS」という。）上において、富士見市が個人番号（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追加接種（3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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	氏 名		
	住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 埼玉県富士見
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
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 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

必要書類	<input type="checkbox"/> 現住所が記載された本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し <input type="checkbox"/> 1・2回目の接種記録がわかるもの（接種済証、接種記録書、接種証明書等）の写し
場合によって 必要な書類	<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し

1・2回目の接種記録がわかるものが手元にない方に限り、裏面に記載してください。

接種状況	1回目	①接種日： _____ 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 ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市区町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を発行した市区町村名： _____） <input type="checkbox"/> 医療従事者および施設従事者向けの接種（接種券なしで接種） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
	2回目	①接種日： _____ 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 ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市区町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を発行した市区町村名： _____） <input type="checkbox"/> 医療従事者および施設従事者向けの接種（接種券なしで接種） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）

※接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出される方は、本欄は記入不要です。

○接種券を使用して、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「市区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。

○「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、市区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

お問い合わせ先
 富士見市健康増進センター ワクチン接種コールセンター
 TEL：049-252-0777、049-252-0888