

八幡浜市新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

申請日：令和 年 月 日

八幡浜市長 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 ()

下記の事項に同意（□にチェック）の上、接種券の発行を申請します。

- 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）において、八幡浜市がマイナンバーまたは他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、以前にお住まいの自治体における接種記録を確認します。
- 転出元で発行された未使用の接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

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	〒 八幡浜市	
	生年月日	年 月 日		
接種状況 ※ 接種済証、接種記録書、 接種証明書をお持ちの 方は、写しを添付して ください。	接種日	ワクチンのメーカー	使用した接種券を 送ってきた自治体名	
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
	<input type="checkbox"/> 未接種			
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <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 ()			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		