

(新型コロナウイルスワクチン) 接種券発行申請書

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

以下の事項に同意し、接種券の発行（再発行）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）上において、杉並区が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、被接種者の以前に住んでいた市区町村における接種記録を確認します。
- 杉並区に転入してきた場合で、以前住んでいた市区町村が発行した接種券を持っている場合は、その接種券は使わないでください。その接種券の返却が必要か否かは以前住んでいた市区町村にご確認ください。
- 3回目接種は2回目接種終了後5か月経過してから可能となります。3回目の接種券は概ね接種可能日の1か月前に発行しますので、それより前に申請されても、実際の発送まで時間を要しますのでご了承ください。（例：2回目R3.8.1⇒3回目R4.1.1、2回目R3.9.30⇒3回目R4.3.1）
- 4回目接種は3回目接種終了後5か月経過した方のうち、**60歳以上の方、医療従事者等や基礎疾患等がある18歳～60歳未満の方等**が可能となります。**4回目の接種券は概ね接種可能日の1か月前に発行しますので、それより前に申請されても、実際の発送まで時間を要しますのでご了承ください。**
- 発行した接種券の送付先は住民登録地となります（原則、他の宛先には送付できません）。**

杉並区長 宛

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

①申請者	フリガナ				被接種者②との続柄			
	氏名				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	フリガナ							
	住所	〒 -						
	連絡先電話番号	（ - ）						
②被接種者	フリガナ				生年月日			
	氏名				年 月 日			
	接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 1・2回目接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済 <input type="checkbox"/> その他（ ）			年齢（ 歳）			
	住民票上の住所	〒 -			東京都杉並区			
③申請内容	申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券を紛失した、汚した、破れた <input type="checkbox"/> 職場から提出を求められた <input type="checkbox"/> 引っ越してきた（いつ： 年 月 日 どこから：国内・海外 ） <input type="checkbox"/> 医療従事者であり前倒し接種に必要 <input type="checkbox"/> その他（理由： ）						
	発行を希望する接種券の種類	<input type="checkbox"/> 1・2回目の接種券（未接種、1回目接種済の方） <input type="checkbox"/> 3回目〔追加接種〕の接種券（1・2回目接種済の方に限る） <input type="checkbox"/> 4回目〔追加接種〕の接種券（1・2・3回目接種済の方で60歳以上の方） <input type="checkbox"/> 4回目〔追加接種〕の接種券（1・2・3回目接種済の方で18歳～60歳未満の方） <input type="checkbox"/> 小児（5-11歳）接種券（未接種、1回目接種済の方）						
④接種情報	1回目接種	接種日	年 月 日					
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村			
		ワクチンの種類	<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"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）					
		接種場所						
	2回目接種	接種日	年 月 日					
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村			
		ワクチンの種類	<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"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）					
		接種場所						
	3回目接種	接種日	年 月 日					
		接種時の住民登録地	都・道・府・県		市・区・町・村			
		ワクチンの種類	<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"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ）					
		接種場所						
⑤添付資料	<ul style="list-style-type: none"> 上記1・2・3回目の接種を終えていることを証明する書類（接種済証、接種記録書、接種証明書）のコピーを添付してください（1・2回目未接種の方は添付不要）。 お手元がない場合は接種時の住民登録地に請求して接種済証を取得してください。 							

受付	受領日	不備	作成	点検	発行月	WEL	VRS	Excel	発送	発送日
	/								<input type="checkbox"/> 2F <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> その他	/