

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

中津市長宛

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 同居の親族

その他（ ）

下記の事項に同意の上、新型コロナワクチン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（以下「VRS」という。）上において、中津市が個人情報（氏名・生年月日）により、被接種者の以前にお住いの市区町村における接種記録を確認します。	<input type="checkbox"/> 同意します。
--	---------------------------------

上記「同意します」欄に がない場合は、転出元市区町村に接種履歴を確認することができず、接種券を発行することができない場合がありますので、ご了承ください。

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	
	転出元市区町村 (転入者に限る)	※前の接種券が発行された市区町村 都・道・府・県 市・区・町・村	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

未接種・1回接種済の方は転出元で発行された接種券の原本、2回・3回目目接種済の方は接種済証の写しを添付してください。紛失された方は、右にチェックしてください。 紛失しました。