

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【オミクロン株対応ワクチン接種用】

※オミクロン株対応ワクチン接種は、2～4回目接種を受けてから3か月以上経過した方が対象です。

令和 年 月 日

南魚沼市長

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（ _____ ）

下記に同意し、発行を申請します。（にチェックしてください。）

同意チェック欄

○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、又は予防接種台帳において、南魚沼市が個人番号（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、接種記録を確認します。

○転出元で発行された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 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	T・S・H 年 月 日	
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"/> 氏名変更 <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"/> 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 施設入所者 <input type="checkbox"/> 市外で接種を受ける <input type="checkbox"/> 市のワクチン廃棄防止バンクに登録するため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
発行接種券	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目		

（裏面につづく）

