新型コロナワクチン**接種券（オミクロン対応ワクチン用）**発行申請書

※オミクロン対応ワクチンは、２～４回目接種を終了し、最後の接種から３か月以上経過している方が対象です。

令和　　　年　　月　　日

月形町長　様

申請者

住所

電話番号

被接種者との続柄　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被接種者** | ふりがな |  | | |
| 氏名 | □申請者と同じ | |  |
| 住民票に記載の  住所 | □申請者と同じ | | 〒 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | |
| |  |  | | --- | --- | | **申　請　理　由** | □転　入（転入日　　　　年　　　　月　　　日　）  □接種券が届かない　　　□接種券の紛失・破損  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **接種状況について**  ※２～４回目接種のうち、最後に接種した時の状況をお書きください | | ①最終接種日　令和　　　　年　　　　月　　　　　日**（　　　回目）**  ②ワクチン種類　　□ファイザー　　□モデルナ　　　□ノババックス  　　　　　　　　　□ファイザー（５～１１歳用）  ③接種方法　　　□市町村や医療機関、職域会場、大規模会場での接種  　　　　　　　　（当時の居住市町村名　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　□その他（海外での接種など）  　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **送付先住所** | | □申請者と同じ | 〒 | |

※添付書類　　□接種済証の添付、または接種記録アプリ等確認できるものをご持参ください。