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。