

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）
【乳幼児（生後6カ月～4歳）用】

令和 年 月 日

大治町長 殿

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 大治町大字 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 ()

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。
(下記をよくお読みの上、□にチェックしてください。)

- 新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、大治町が個人番号（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、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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 (歳)	
	個人番号（マイナンバー）		
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		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他 ()		

保健センター処理欄

受付者	本人確認等	前回接種日	交付日	確認者
	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状	()回目 令和 年 月 日	/	
確認事項	<input type="checkbox"/> 住民になった日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種記録（VRS） <input type="checkbox"/> 発送者名簿（発送日：令和 年 月 日）			