

申請区分	新規	再発行	送付先変更
接種対象者の年齢	5～11歳（小児）		
先行接種の確認	基礎疾患等があり、通院／入院している		

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症） 【5～11歳（小児）用】

令和 年 月 日

西東京市長宛

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 同一世帯員 その他（ ）

ワクチン接種対象者	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	平成・西暦																	
	個人番号 (マイナンバー)																		
送付先住所 裏面◇印を参照してください		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																	
申請理由		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損等 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない その他（ ）																	
【 】 回目接種状況 ※最後に接種した回数を記入してください。 ※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は 記入不要 です。 ※再発行の方は 記入不要 です。 ※分かる範囲で記入してください。		①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー（乳幼児、5～11歳、オミクロン株） ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）（※2） ※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。																	

◎ 申請方法は裏面をご確認ください。

