

申請区分	新規	再発行	送付先変更
接種対象者の年齢	65 歳以上	12～64 歳	
先行接種の確認		基礎疾患等があり、 通院／入院している	医療施設・高齢者施 設等に従事している

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症） 【満 12 歳以上用】

令和 年 月 日

西東京市長宛

申請者 <sup>ふりがな</sup> 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	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日												
	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 ( )												
<b>【    】</b> 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 <b>記入不要</b> です。 ※再発行の方は <b>記入不要</b> です。 ※分かる範囲で記入してくださ い。		<b>①接種日：</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日 <b>②ワクチン種類：</b> <input type="checkbox"/> ファイザー (12 歳以上用、5～11 歳用、オミクロン株) <input type="checkbox"/> モデルナ (12 歳以上用、オミクロン株) <input type="checkbox"/> 武田 (ノババックス) <b>③接種の方法 (当てはまるものにチェック)：</b> <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。

