

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【オミクロン株対応ワクチン接種用】

※オミクロン株対応ワクチン接種は、2～4回目接種を受けてから3か月以上経過した方が対象です。

新規／再発行／送付先変更

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 ()

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された3・4回目接種用の接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

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 ()		
【 】 回目接種状況 ※2～4回目接種のうち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（12歳以上用） <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用） 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。

