

202 年 月 日

美瑛町長 様

申請者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	( )	被接種者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	生年月日 (西暦)	年 月 日		

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。(下記①,②をよくお読みの上、□にチェックをしてください。)

- ① 新たな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、美瑛町が個人番号(マイナンバー)又は他の個人情報(氏名・生年月日・性別等)により、被接種者が以前もしくは現在お住まいの市町村における接種記録を確認します。
- ② 転出元の自治体で発行された接種券がお手元にある場合は、美瑛町で内容の確認を行いますので持参してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 届いた接種券は接種に使わず医師との相談(予診)のみで使用した <input type="checkbox"/> 18~59歳だが、基礎疾患がある等の理由で4回目接種を希望している <input type="checkbox"/> その他( )			
接種状況	<input type="checkbox"/> 接種を受けたことがある( 回) <input type="checkbox"/> 接種を受けたことがない			
被接種者	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	個人番号 (マイナンバー)			
	住民票に 記載の住所	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日 (西暦)	年 月 日	前住所地	市区 町村
送付先住所	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			

(裏面もご記入ください)

