

新型コロナワクチン接種券発行申請書 兼 接種記録確認同意書

申請日 年 月 日

太田市長あて

新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

なお、接種券の発行にあたっては、国のワクチン接種記録システム（VRS）上において、
太田市が下記の個人情報を用いて、発行対象者の接種記録を確認することに同意します。

発行対象者	市が利用する個人情報	同意チェック欄
①申請者本人分	個人番号（マイナンバー）	<input type="checkbox"/>
	氏名・生年月日	<input type="checkbox"/>
②申請者と同じ世帯員分	氏名・生年月日	<input type="checkbox"/>

◆申請者

フリガナ		電話番号	
氏名			
住所	〒		
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（ ）		
送付先住所	上記と同じ	〒 <small>※送付先が住所と異なる場合は、記載した送付先に住んでいることが分かる資料（郵便物の宛名、公共料金の支払い明細書等）の写しを添付してください。</small>	

◆接種券が必要な方について記入してください

接種券が必要な方①	フリガナ		生年月日				年		月		日						
	氏名																
	個人番号（マイナンバー）																
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用 <input type="checkbox"/> 4回目用 <input type="checkbox"/> 5回目用		申請書類	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 再発行(紛失・破損等)のため添付不要 <small>※添付書類がない場合は、接種状況の記入が必要です</small>												
	接種状況	接種1回目					接種2回目										
	接種日	2	0	2	年		月		日	2	0	2	年		月		日
	接種場所																
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他										
	ロット番号																
	接種時の住所(市区町村まで)	都・道・府・県 市・区・町・村					都・道・府・県 市・区・町・村										
	接種状況	接種3回目					接種4回目										
	接種日	2	0	2	年		月		日	2	0	2	年		月		日
	接種場所																
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他										
	ロット番号																
接種時の住所(市区町村まで)	都・道・府・県 市・区・町・村					都・道・府・県 市・区・町・村											

※接種者が複数いる場合は、裏面にご記入ください。

※本書の提出方法

- 1 窓 口 太田市保健センター2階窓口（太田市飯田町818番地）
- 2 郵 送 〒373-0851 太田市飯田町818番地 太田市新型コロナウイルス感染症対策室 宛

※郵送で申請される際は、本申請書と申請者の本人確認書類の写しを同封してください。

事務処理欄

窓口	郵送	担当者	確認者	備考

接種券が必要な方②

フリガナ		生年月日		年		月		日				
氏名		(西暦)										
必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用	申請書類	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 再発行(紛失・破損等)のため添付不要									
	<input type="checkbox"/> 4回目用 <input type="checkbox"/> 5回目用		※添付書類がない場合は、接種状況の記入が必要です									
接種状況	接種1回目				接種2回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					
接種状況	接種3回目				接種4回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					

接種券が必要な方③

フリガナ		生年月日		年		月		日				
氏名		(西暦)										
必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用	申請書類	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 再発行(紛失・破損等)のため添付不要									
	<input type="checkbox"/> 4回目用 <input type="checkbox"/> 5回目用		※添付書類がない場合は、接種状況の記入が必要です									
接種状況	接種1回目				接種2回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					
接種状況	接種3回目				接種4回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					

接種券が必要な方④

フリガナ		生年月日		年		月		日				
氏名		(西暦)										
必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用	申請書類	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> 再発行(紛失・破損等)のため添付不要									
	<input type="checkbox"/> 4回目用 <input type="checkbox"/> 5回目用		※添付書類がない場合は、接種状況の記入が必要です									
接種状況	接種1回目				接種2回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					
接種状況	接種3回目				接種4回目							
接種日	2:0:2:	年		月		日	2:0:2:	年		月		日
接種場所												
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他							
ロット番号												
接種時の住所 (市区町村まで)	都・道・府・県		市・区・町・村		都・道・府・県		市・区・町・村					