

# 【新型コロナワクチン】 接種券発行申請書兼送付先変更依頼書

年 月 日

武蔵野市長殿

|     |            |  |
|-----|------------|--|
| 申請者 | ふりがな<br>氏名 |  |
|     | 住所         | 〒  |
|     | 電話番号       |  |
|     | 続柄         | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

|      |               |                                 |
|------|---------------|---------------------------------|
| 被接種者 | ふりがな<br>氏名    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|      | 住民票に<br>記載の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|      | 生年月日          | 年 月 日                           |

|                |  |
|----------------|--|
| 発行を希望する<br>接種券 | <input type="checkbox"/> 1・2回目用の接種券 <input type="checkbox"/> 3回目用の接種券<br><input type="checkbox"/> 4回目用の接種券 <input type="checkbox"/> 5回目用の接種券 |
|----------------|--|

|      |     |  |
|------|-----|--|
| 申請理由 | 新規  | <input type="checkbox"/> 転入（前の接種券を発行した市区町村名： ）<br>※転出元で発行された接種券がある場合は破棄してください<br><input type="checkbox"/> 一時帰国により住民票に記載がない<br>※武蔵野市の所在地がわかる資料を添付してください<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|      | 再発行 | <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損<br><input type="checkbox"/> 医師との相談（予診）のみで使用した（3回目接種以降）<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |

|   |  |
|---|--|
| 最終の接種状況<br>※接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出する方は本欄 <u>記入不要</u><br>※再発行の方は <u>記入不要</u> | <b>① 接種回数</b><br><input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> _____回目接種済み<br><b>② 最終の接種日：</b> _____年 _____月 _____日<br><b>③ ワクチンの種類</b><br><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<br><input type="checkbox"/> 武田社（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用）<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><b>④ 接種の方法</b><br><input type="checkbox"/> 市区町村・自衛隊・都道府県の大規模接種会場や医療機関、職域会場での接種<br><input type="checkbox"/> 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種<br><input type="checkbox"/> 在日米軍による接種<br><input type="checkbox"/> 製薬メーカーによる治験等としての接種<br><input type="checkbox"/> 海外での接種<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|---|--|

裏面に続く

※ 接種券は原則として住民票所在地に送付します。住民票所在地以外への送付を希望する場合は、下記にご記入し、申請者と被接種者の本人確認書類(保険証、運転免許証等)の写しを添付してください。

|      |                                |   |
|------|--------------------------------|---|
| 送付先  | 宛名 (氏名)<br><small>ふりがな</small> | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ   |
|      | 変更送付先住所                        | 〒   |
| 変更理由 |                                | <input type="checkbox"/> 高齢のため親族宅へ送付希望 <input type="checkbox"/> 入院・施設入所<br><input type="checkbox"/> 建て替え中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 遠隔地への下宿<br><input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

※ 同居のご家族分も申請する場合は、こちらにご記入ください。  
他自治体からの転入者で、婚姻等により姓が変わった方は、旧姓もご記入ください。

| <small>ふりがな</small><br>氏名 | 最終の接種状況   | 生年月日         | 性別 |
|---------------------------|---|--------------|----|
|                           | 接種回数： <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ___回目接種済み<br>最終の接種日： _____年__月__日<br>ワクチン種類： _____<br>前の接種券を発行した市区町村： ( _____ ) | _____年__月__日 |    |
|                           | 接種回数： <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ___回目接種済み<br>最終の接種日： _____年__月__日<br>ワクチン種類： _____<br>前の接種券を発行した市区町村： ( _____ ) | _____年__月__日 |    |
|                           | 接種回数： <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ___回目接種済み<br>最終の接種日： _____年__月__日<br>ワクチン種類： _____<br>前の接種券を発行した市区町村： ( _____ ) | _____年__月__日 |    |
|                           | 接種回数： <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ___回目接種済み<br>最終の接種日： _____年__月__日<br>ワクチン種類： _____<br>前の接種券を発行した市区町村： ( _____ ) | _____年__月__日 |    |

**【送付先（郵便）】**

〒180-8777 東京都武蔵野市緑町 2-2-28

武蔵野市 健康福祉部健康課 新型コロナウイルスワクチン接種担当

**【提出先（窓口）】**

〒180-0001 東京都武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10 武蔵野市立保健センター

武蔵野市 健康福祉部健康課 新型コロナウイルスワクチン接種担当