

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

※令和5年春接種は、65歳以上の方、基礎疾患がある5～64歳の方、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

周防大島町長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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	〒 山口県大島郡周防大島町大字
	生年月日		年 月 日
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者である <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する者、その他重症化リスクが高いと医師が認める者 <input type="checkbox"/> 18歳以上 65歳未満であるが、BMIが30以上である <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"/> その他 ()	
【 】 回目接種状況 ※前回の接種回数（2～5）を数字で記入してください。 ※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 <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> ファイザー/モデルナ（オミクロン株対応2価） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____） 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。	

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・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
- ・在日米軍による接種・製薬メーカーによる治験等としての接種・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種