

【転入者用】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は、2～4回目接種（従来型）を受けてから3か月以上経過した12歳以上の方が対象

令和 年 月 日

草津市長宛

申請者 <sup>ふりがな</sup> 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接種券は廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな 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		年 月 日

申請理由		■転入 (転入前市町村名: _____)
接種 状況	未接種	<input type="checkbox"/> 一度も接種していない
	【 _____ 】回目接種済 ※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、接種証明書は提出される方は、本欄は <b>記入不要</b> です。 ※分かる範囲で記入してください。	<p>①接種日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類: <input type="checkbox"/>ファイザー (従来型 12歳以上用)  <input type="checkbox"/>ファイザー (オミクロン株対応 12歳以上)  <input type="checkbox"/>モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/>モデルナ (オミクロン株対応)  <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>武田 (ノババックス)  <input type="checkbox"/>ファイザー (5～11歳用) <input type="checkbox"/>ファイザー (乳児用)  <input type="checkbox"/>その他日本未承認ワクチン ( _____ )</p> <p>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: _____) (注1)</p> <p>※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。</p>

注1 「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
- ・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

注2 対象者が複数いる場合は本申請書を複写して申請ください。

市 記 載 欄		
受 付	VRS 確認	発 行