

## 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

徳島市長宛

ふりがな  
申請者 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がお手元にある場合、その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	〒 徳島市
	生 年 月 日		年 月 日（ 歳）
申 請 理 由	①接種 に必要な 券種	12歳～	<input type="checkbox"/> 初回接種（1回目接種） <input type="checkbox"/> 初回接種（2回目接種） <input type="checkbox"/> 3回目接種 <input type="checkbox"/> 4回目接種 <input type="checkbox"/> 5回目接種 <input type="checkbox"/> 6回目接種 <input type="checkbox"/> 7回目接種
		5～11歳	<input type="checkbox"/> 小児初回接種（1回目接種） <input type="checkbox"/> 小児初回接種（2回目接種） <input type="checkbox"/> 3回目接種 <input type="checkbox"/> 4回目接種 <input type="checkbox"/> 5回目接種 <input type="checkbox"/> 6回目接種
		6ヶ月 ～4歳	<input type="checkbox"/> 乳幼児初回接種（1回目接種） <input type="checkbox"/> 乳幼児初回接種（2回目接種） <input type="checkbox"/> 乳幼児初回接種（3回目接種） <input type="checkbox"/> 乳幼児追加接種（4回目接種）
	②申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 転入（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

## 【注意事項】

- ① 徳島市以外で接種後、徳島市に転入された方は、過去に接種した全ての接種済証または接種記録書の写しを必ず添付してください。
- ② 郵送希望の場合は住民票住所に送付します。住民票住所以外への送付を希望する場合は、居住が証明できるもの(入居証明、入院証明、入所証明等)の添付が必要です。

送付希望先	〒
-------	---

(裏面につづく)

受 付	受付	窓口 / 郵送	処 理	処理方法	窓口 : 発行日
	発行方法	窓口 / 郵送			郵送 : 発送日
	履歴確認	① ② ③ ④ ⑤ ⑥			
	受付者				担当者

1 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )
2 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )
3 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )
4 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )
5 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )
6 回目接種状況	① 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② ワクチン種類：(メーカー： _____ ) (LotNo.： _____ ) ③ 接種場所：(市町村の会場や医療機関、職域会場等) ( _____ ) ④ 接種券を送ってきた市町村名： ( _____ 県 _____ ) ⑤ その他 ( _____ )