

転入日に12歳以上の方

新型コロナウイルスワクチン接種記録調査 兼 接種券発行申請書 (転入者用)

大野町長

令和 年 月 日

転入にあたり下記の事項に同意します。

・ワクチン接種記録システム (VRS) において、大野町が個人番号 (マイナンバー) 又は他の個人情報 (氏名・生年月日・性別) により、被接種者の以前にお住まいの自治体における接種記録を確認することに同意します。 なお、システム (VRS) で記録が確認できない場合は、接種済証等の提示をもとめる場合があります。	同意チェック欄「レ」
	<input type="checkbox"/>
・転入前に発行された旧接種券は使用しません。(接種済証は大切に保管してください)	<input type="checkbox"/>

申請者氏名		対象者との続柄()		電話番号	
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	マイナンバー		※マイナンバーによる転入照会に同意する方のみ記入	電話番号	※申請者の電話番号と異なる場合のみ記入
	転入前市区町村		(〇〇県〇〇市など)	転入日	年 月 日
接種状況			<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済		
接種状況	1回目	① 接種日	年 月 日		
		② ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	2回目	① 接種日	年 月 日		
		② ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	3回目	① 接種日	年 月 日		
		② ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()		

※不明な方はわかる範囲で記入してください。

接種券を希望する

接種券を希望しない



→これで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

下記枠内に記入をお願いします。後日接種券を送付します。即日発行はできません。

※3回目用接種券は、接種時期がきましたら順次送付します。

申請種別	<input type="checkbox"/> 1・2回目用接種券 <input type="checkbox"/> 3回目用接種券
送付先住所	(※住民票に記載の住所以外に送付希望の場合のみ記入) 〒 (送付先期限 / まで)

※自治体記入欄

申請者本人確認	運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・その他()	番号等	
---------	------------------------------	-----	--

(海外で接種している方は、海外の接種証明書のコピーが必須)