

# 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

**【注意】**

- ・1～3回目の接種券は生後6カ月以上、4回目の接種券は12歳以上、5回目の接種券は4回目接種済で、オミクロン株対応ワクチン未接種の方が申請可能です。
- ・12歳以上の方は、3～5回目の接種券でオミクロン株対応ワクチンを接種可能です。
- ・オミクロン株対応ワクチンは、1人1回の実施です。(令和4年10月21日時点)
- ・記載内容・添付書類に不備がある場合、申請書を返却させていただく場合がございますので、ご了承ください。

◆申請区分

接種券発行/ 接種記録の追加・訂正	交付を希望する接種券					
	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目	<input type="checkbox"/> 5回目	<input type="checkbox"/> 接種記録の追加・訂正
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・破棄 <input type="checkbox"/> 転入(転入日: ) <input type="checkbox"/> 接種記録の追加・訂正( )回目分 <input type="checkbox"/> 接種券なしで接種済、医療機関等への提出のために必要 <input type="checkbox"/> その他( )					

※接種記録の追加・訂正をご希望の場合、本申請書に加え「接種券(予防接種済証)または接種記録書のコピー」が必要です。

品川区長あて

対象者	住所	〒品川区					生年月日	西暦	年	月	日生
	フリガナ						電話	- -			
	氏名										
	個人番号(任意)										性別

※住民票と異なる住所に送付する場合、本申請書に加え「送付先変更届出書」と「申請者の本人確認書類のコピー」が必要です。  
 ※個人番号は対象者本人が申請する場合のみご記入ください。記入した場合、マイナンバーカード両面のコピーを添付してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ(同じ場合、以下記載不要) <input type="checkbox"/> 複数人を同時申請する(申請者欄は1枚のみご記入ください)										
	住所	〒					電話	- -			
	フリガナ						対象者との続柄				

下記の事項に同意の上、新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請します。 同意チェック欄  
✓をつけてください。

新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム(以下「VRS」という。)上において、品川区が個人番号(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、対象者の接種記録を確認します。

◆新型コロナウイルスワクチンの接種履歴

接種回	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
接種有無	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )
使用した接種券の発行元	その他 ( )           市区町村	その他 ( )           市区町村	その他 ( )           市区町村	その他 ( )           市区町村	その他 ( )           市区町村

保健所使用欄	本人確認書類 免・保・マ・パ・その他( )						1回目: 年 月 日			収受印
							2回目: 年 月 日			
						3回目: 年 月 日				
						4回目: 年 月 日				
						5回目: 年 月 日				
						W 転入: 年 月 日				
						M 異動: 年 月 日				
						入力 VRS: 年 月 日 / 不要				
						WM: 年 月 日 / 不要				
						SC: 年 月 日 / 不要				

受付	受付方法	発券日	発券	表入力	確認	交付日
	窓・郵	/				/

窓・郵