

## 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【追加接種（3回目接種）用】

**※2回目の接種を完了した日から、国の定める一定期間を経過していない方が  
申請された場合は、接種可能な時期になりましたら接種券を送付します。**

令和 年 月 日

石巻市長宛

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（ ）

※転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された追加接種（3回目接種）用の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	〒 宮城県石巻市
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者 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"/> 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（ ）		

（転入した方で接種を受けたことを証明する書類がない方は裏面も御記入ください。）

接種状況  ※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 <u>記入不要</u> です。  ※再発行の方は <u>記入不要</u> です。  ※分かる範囲で記入してください。	1回目	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"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ 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： _____）  ※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。
	2回目	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"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ 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： _____）  ※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

【市記入欄】

添付書類

- 1・2回目接種を受けたことを証明する書類の写し ※原本は要返却  
 （接種済証・接種記録書・接種証明書）  
 本人確認書類の写し （代理人の場合）代理人本人確認書類の写し

受付者