接種券発行兼送付先住所変更申請書

【新型コロナウイルスワクチン関係】

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

三鷹市長宛

下記のとおり、接種券の発行・送付先住所の変更を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①申請者 |  |  | | | | 電話  番号 | （　　　　　） |
|  | | | |
| 住民票上の  住所 | 〒 | | | | 続柄 | □本人  □代理人（　　　　　　　　　 ） |
| ②被接種者 |  | □①と  同じ | |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日  　　　　　　　（　　　　　歳） |
|  | |
| 住民票上の  住所 | □①と  同じ | | 〒181-00  三鷹市　　　　　　　丁目　　　　番　　　　　　　号 | | | |
| ③必要な接種券 | | □１回目用　　　　　□２回目用　　　　　□３回目用　　　　　□４回目用  □５回目用　　　　　□６回目用　　　　　□７回目用 | | | | | |
| ④申請理由 | | □他市で接種を受けた後に**転入**した　　　□**海外等**で接種を受けた | | | | | |
| ⑤接種状況 | | □（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ ）回接種済み  ※接種済証等の写しの添付をお願いします。  添付できない場合や海外で接種を受けた場合は、裏面の「⑧接種の詳細」欄の記入をお願いします。 | | | | | |
| □未接種 | | | | | |
| ⑥送付先  （②の住所への送付が原則です。） | | □ ②と同じ | | | | | |
| □ ②以外　※代理人へ送付する場合、原則、**委任状**が必要です。 | | | | | |
|  | 宛　名 | |  | | |
|  | 住　所 | | 〒 | | |
| ⑦送付先変更理由 | | □入院・入所　□里帰り出産　□単身赴任　□学業等による下宿　□成年後見等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⇒ 【次回以降の送付先　□⑥の住所　　　□②の住所 】 | | | | | |

裏面に続く

【三鷹市処理欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認書類 | | | | | | □運転免許証　　□健康保険証　　　□マイナンバーカード　 □その他（　　 　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 代理権確認 | | | | | | □委任状　　　　□住基(親権者）　 □登記事項証明書　　 □その他（　　 　　　　　　　　 　） | | | | | | | | |
| 接種券番号 | | | | | | | | | | | 接種記録確認 | カルテ入力 | MRSO登録 | 発送 |
| 転 | 転 | 転・海 | 転・海・疾・医 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑧接種の詳細※ | １回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□モデルナ（従来型）　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| ２回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□モデルナ（従来型）　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| ３回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□ファイザー（オミクロン株対応型）  □モデルナ（従来型）　　□モデルナ（オミクロン株対応型）  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| ４回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□ファイザー（オミクロン株対応型）  □モデルナ（従来型）　　□モデルナ（オミクロン株対応型）  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| ５回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□ファイザー（オミクロン株対応型）  □モデルナ（従来型）　　□モデルナ（オミクロン株対応型）  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| ６回目接種　　　　 年　　　月 　　日　 接種時住所※１（　 　　　　　　　　　　 ）  □ファイザー（従来型）　　□ファイザー（オミクロン株対応型）  □モデルナ（従来型）　　□モデルナ（オミクロン株対応型）  □その他（　　　　　　　　　　　） |

※１ 「接種時住所」は国内の場合は**市区町村名**、海外の場合は**国名**をご記入ください。

※２ 国内で接種を受けた方で、**接種済証等の写しを添付する場合は記入不要**です。