

川越市長 宛

申請者

氏名

住所

電話番号

下記の事項に同意のうえ、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。

・接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、川越市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・住所・生年月日）により、発行対象者が以前にお住いの市区町村における接種記録を確認します。

■ 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	<input type="checkbox"/> 4回目用接種券		
■ 転入前の市区町村	都・道・府・県		市・区・町・村		
■ 発行対象者					
	氏名	続柄	生年月日	性別	接種状況
1	(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種
			年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (□1回目のみ □2回 □3回) (以下を記入してください)
	【接種状況】				
	■ 1回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()		
■ 2回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			
■ 3回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			
2	(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種
			年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (□1回目のみ □2回 □3回) (以下を記入してください)
	【接種状況】				
	■ 1回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()		
■ 2回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			
■ 3回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			
3	(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種
			年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (□1回目のみ □2回 □3回) (以下を記入してください)
	【接種状況】				
	■ 1回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()		
■ 2回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			
■ 3回目	接種日： 年 月 日	ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()			

※1 4人目以降については裏面にご記入ください

※2 3・4回目用接種券を申請される方については1・2回目用の接種済証又は接種記録の写しが必要です。
(発行対象者全員分)

■ 発行対象者

■ 発行対象者					
氏名	続柄	生年月日	性別	接種状況	
(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種	
		年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (<input type="checkbox"/> 1回目のみ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) (以下を記入してください)	
【接種状況】					
■ 1回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 2回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 3回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種	
		年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (<input type="checkbox"/> 1回目のみ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) (以下を記入してください)	
【接種状況】					
■ 1回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 2回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 3回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種	
		年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (<input type="checkbox"/> 1回目のみ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) (以下を記入してください)	
【接種状況】					
■ 1回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 2回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 3回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
(フリガナ)		西暦	男	<input type="checkbox"/> 未接種	
		年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 接種済 (<input type="checkbox"/> 1回目のみ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) (以下を記入してください)	
【接種状況】					
■ 1回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 2回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					
■ 3回目 接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー名： ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ()					