

提出日を記入してください

令和 ○年 ○月 ○日

宗像市長 宛

申請者と被接種者が異なる場合は、
申請者と被接種者両方の本人確認
書類の写しを添付してください

申請者 ふりがな 氏名

むなかた
宗像 みあれ

住所

宗像市東郷1丁目1番1号

電話番号

090-XXXX-0000

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

以下の事項に同意し、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、宗像市が個人番号（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市区町村における接種記録を確認します。

被接種者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<small>むなかた たろう</small> 宗像 太郎	生年月日	1990年 1月 1日
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
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 checked="" 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（ ）			
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 2回目接種済 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目接種済 <input type="checkbox"/> 4回目接種済			
前回の接種状況 ※接種済証、接種記録書又は接種証明書 ^{の写しを添付される方は、本欄は記入不要} です。 ※再発行の方は ^{記入不要} です。		①接種日： <u>2022年 3月 22日</u> ②ワクチン種類： <input checked="" type="checkbox"/> ファイザー（12歳以上用） <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳用） ③接種日時点の住民登録地の自治体名： （ <u>東京</u> <u>都</u> ・道・府・県 <u>新宿</u> 市・ <u>区</u> ・町・村）			
送付先住所		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			

1 被接種者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写しを添付してください。

また、申請者と被接種者が異なる場合は、申請者と被接種者両方の本人確認書類の写しが必要です。

2 転入された方で、転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、その接種券は破棄してください。

3 接種券は、審査後に郵送交付します。なお、接種可能時期に発送するため、申請から日にちが空く場合があります。

【申請先】

〒811-3492

宗像市東郷1丁目1番1号

宗像市新型コロナウイルスワクチン接種推進室