

# 接種券発行申請書(新型コロナウイルスワクチン感染症)

※「オミクロン株対応XBB1.5対応1価ワクチン」の追加接種は、前回接種日から3か月経過した方が対象です。  
※「武田社ワクチン(ノババックス)」の追加接種は、前回接種日から6か月経過した方が対象です。

年 月 日

【申請者欄】 ※被接種者以外が申請者の場合は、こちらをご記入ください。

申請者 フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_

〒 -

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同一世帯  その他( ) \_\_\_\_\_

北谷町長 様

※ 太枠内にご記入またはチェック☑をいれてください。

※ 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

接種券番号

被 接 種 者	フリガナ			
	氏名			
	住民票に 記載の住所	〒 -	北谷町	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年	月 日 歳 か月
	電話番号	-	-	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ	〒 -		
発行を希望する接種券	初回接種	<input type="checkbox"/> 生後6か月～4歳 <input type="checkbox"/> 5～11歳 <input type="checkbox"/> 12歳以上		
	追加接種	<input type="checkbox"/> 生後6か月～4歳 ( 回目用 ) <input type="checkbox"/> 5～11歳 ( 回目用 ) <input type="checkbox"/> 12歳以上 ( 回目用 ) 前回接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ(コビシールド) <input type="checkbox"/> ノババックス(コボバックス) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 国外 <input type="checkbox"/> 基地内 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
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(市町村名: ) <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、予診のみに使用した <input type="checkbox"/> 基地内接種 <input type="checkbox"/> その他( )			

## 【添付書類】

- ① ワクチン接種対象者の本人確認書類 (マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・在留カード等)の写し
- ② 接種済の方の場合は、接種済証、接種記録書又は接種証明書の写し
- ③ 成年後見人等の場合は、登記事項証明書等の写し

## 【申請先】

〒904-0103 沖縄県中頭郡北谷町字桑江731番地  
北谷町保健相談センター (新型コロナウイルスワクチン接種担当宛)  
TEL: 098-923-0990 FAX: 098-936-4440

北谷町確認欄	
担当者名	
受付方法	<input type="checkbox"/> 窓ぐち
	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 電話
	<input type="checkbox"/> ウェブ
交付状況	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済