

新型コロナワクチン新接種券発行申請書兼接種記録確認同意書(転入者用)

小金井市長 宛

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

○申請者

(フリガナ) 氏名	住所
署名	〒
	日中連絡可能な電話番号 ()

○申請者が発券対象者の場合

生年月日 (年齢は申請日時点)	性別	接種状況	前の接種券が発行された市区町村 (未発行の場合は転入前市区町村)
西暦 年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日	

下記の事項に同意の上、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

※右の同意チェック欄にチェックをお願いします。

同意チェック欄

新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム(以下「VRS」という。)上において、小金井市が申請者及び同一世帯員の発券対象者の個人情報(氏名・生年月日・性別)により、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。

旧接種券について

転出元自治体で発行された旧接種券につきましては、残っている接種券部分・予診のみ券部分を廃棄、もしくはこの書類とともに小金井市に送付してください。(接種済証は大切に保管してください)

○発券対象者(申請者以外の同一世帯員の発行を希望する場合)

	氏名	続柄	接種状況	前の接種券が発行された市区町村 (未発行の場合は転入前市区町村)	生年月日 (年齢は申請日時点)	性別
1	フリガナ		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日		西暦 年 月 日 (満 歳)	
2	フリガナ		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日		西暦 年 月 日 (満 歳)	
3	フリガナ		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日		西暦 年 月 日 (満 歳)	
4	フリガナ		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日		西暦 年 月 日 (満 歳)	
5	フリガナ		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種(乳幼児のみ) 接種日: 年 月 日		西暦 年 月 日 (満 歳)	

【提出先】 〒184-8504 小金井市本町6-6-3 小金井市福祉保健部健康課健康係 新型コロナウイルス感染症対策担当
【問合せ先】 電話 0120-663-302