

## 新型コロナウイルス予防接種 予診票(接種券一体型)発行申請書

令和 年 月 日

葛飾区長 宛て

以下のとおり申請します。

申請者	ふりがな		住所	〒			
	氏名						
	電話番号		生年月日		年	月	日
	被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 葛飾区民で同居かつ住民票上同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> その他任意代理人( )			必要な接種券		回目

【添付資料】1. 申請者の本人確認資料(写) 2. (任意代理人の場合のみ)委任状

被接種者	ふりがな※1		住所※1	〒		
	氏名※1			生年月日※1		年

※1 本人申請の場合記入不要

【添付資料】3. 被接種者の本人確認資料(写)

送付先	ふりがな		送付先住所	〒		
	氏名(担当者等)			宛先(施設名等)		

【添付資料】6. 送付先確認資料(写)

接種状況	接種回数	接種日	接種会場	接種日時時点で住民票のあった自治体		ワクチン	ロット番号
	<input type="checkbox"/> 未接種			都道府県	市区町村		
	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 4回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 5回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 6回目	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 7回目	年 月 日					

※わかる範囲でご記入ください。

【添付資料】7. 接種記録を確認できる資料(写)(紛失等で所持していない場合は不要)

転入前住所	前住所	〒	転入日	年 月 日		

※転入者のみ記入

葛飾区使用欄	1. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	2. <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付
	3. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし		
	4. <input type="checkbox"/> あり(賃 火 ) <input type="checkbox"/> なし		
	5. <input type="checkbox"/> あり(P 印証 難民 ) <input type="checkbox"/> なし		
	6. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在所 入 ) <input type="checkbox"/> なし		
	接種券番号		

新型コロナウイルス予防接種 予診票(接種券一体型)発行申請書  
【記入例】

令和 5年 4月 1日

葛飾区長 宛て

以下のとおり申請します。

申請者	ふりがな	かつしか はなこ	住所	〒 124-8555		
	氏名	葛飾 花子		東京都葛飾区立石5-13-1		
	電話番号	03-3695-1111	生年月日	昭和58年 4月 1日		
	被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 葛飾区民で同居かつ住民票上同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> その他任意代理人( )		必要な接種券	6 回目	

【添付資料】1. 申請者の本人確認資料(写) 2. (任意代理人の場合のみ)委任状

被接種者	ふりがな※1	かつしか たろう	住所※1	〒 124-8555		
	氏名※1	葛飾 太郎		東京都葛飾区立石5-13-1		
			生年月日※1	昭和28年 4月 1日		

※1 本人申請の場合記入不要

【添付資料】3. 被接種者の本人確認資料(写)

送付先	ふりがな		送付先住所	〒		
	氏名(担当者等)			宛先(施設名等)		

【添付資料】6. 送付先確認資料(写)

接種回数	接種日	接種会場	接種日時時点で住民票のあった自治体		ワクチン	ロット番号
			都道府県	市区町村		
<input type="checkbox"/> 未接種						
<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	2021年 5月 11日	〇〇病院	東京都	足立区	ファイザー	XX000000
<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	2021年 6月 1日	××クリニック	東京都	葛飾区	ファイザー	YY111111
<input checked="" type="checkbox"/> 3回目	2022年 4月 1日	△△集団接種会場	東京都	葛飾区	モデルナ	12345678
<input checked="" type="checkbox"/> 4回目	2022年 9月 1日	××クリニック	東京都	葛飾区	モデルナ	87654321
<input checked="" type="checkbox"/> 5回目	2022年 12月 1日	××クリニック	東京都	葛飾区	ファイザー(BA.1)	ZZ222222
<input type="checkbox"/> 6回目	年 月 日					
<input type="checkbox"/> 7回目	年 月 日					

※わかる範囲でご記入ください。

【添付資料】7. 接種記録を確認できる資料(写)(紛失等で所持していない場合は不要)

転入前住所	〒	120-8510	転入日	2021年 5月 20日		
	前住所	東京都足立区中央本町1-17-1				

※転入者のみ記入

葛飾区使用欄	1.	<input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	2.	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付
	3.	<input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	4.	<input type="checkbox"/> あり(賃 火 ) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	5.	<input type="checkbox"/> あり(P 印証 難民 ) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	6.	<input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在所 入 ) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	
	接種券番号				