

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

(あて先) 新潟市長 様

①申請日(記入日)		年	月	日
②申請区分		<input type="checkbox"/> 本人分のみ <input type="checkbox"/> 複数人分(同一世帯の方のみ申請可能)		
③申請者	フリガナ			
	氏名(署名)			
④転入先住所 (新潟市内の現住所)		区		
		日中連絡可能な電話番号 : () —		
⑤接種券の発行が必要な方(申請者本人を含む)をすべて記入してください。 ※同一世帯の方のみ申請できます。発行対象者は12歳以上の方です。				
1	氏名		続柄	
	生年月日(西暦)	年	月	日
	接種履歴	<input type="checkbox"/> 接種履歴なし <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み		1回目接種日 : 年 月 日 2回目接種日 : 年 月 日
	転出元市区町村 (前の接種券が発行された市区町村)	都・道・府・県		市・区・町・村
個人番号(マイナンバー)				
2	氏名		続柄	
	生年月日(西暦)	年	月	日
	接種履歴	<input type="checkbox"/> 接種履歴なし <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み		1回目接種日 : 年 月 日 2回目接種日 : 年 月 日
	転出元市区町村 (前の接種券が発行された市区町村)	□1と同じ / 都・道・府・県		市・区・町・村
個人番号(マイナンバー)				
3	氏名		続柄	
	生年月日(西暦)	年	月	日
	接種履歴	<input type="checkbox"/> 接種履歴なし <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み		1回目接種日 : 年 月 日 2回目接種日 : 年 月 日
	転出元市区町村 (前の接種券が発行された市区町村)	□1と同じ / 都・道・府・県		市・区・町・村
個人番号(マイナンバー)				
4	氏名		続柄	
	生年月日(西暦)	年	月	日
	接種履歴	<input type="checkbox"/> 接種履歴なし <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み		1回目接種日 : 年 月 日 2回目接種日 : 年 月 日
	転出元市区町村 (前の接種券が発行された市区町村)	□1と同じ / 都・道・府・県		市・区・町・村
個人番号(マイナンバー)				

下記の事項に同意の上、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(以下「VRS」という。)上において、新潟市が個人番号(マイナンバー)又は他の個人情報(氏名・生年月日)により、申請者又は同一世帯員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。	<input type="checkbox"/> 同意します。
---	---------------------------------

上記「同意します」欄に☑がない場合は、転出元市区町村に接種履歴を確認することができず、接種券を発行することができない場合がありますので、ご了承ください。

未接種・1回済みの方は転出元で発行された**接種券の原本**、2回済みの方は**接種済証の写し**を同封してください。

転出元市区町村で発行された接種券を紛失された方は右にチェック☑をしてください。

旧接種券紛失