接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【令和５年秋開始接種用（代理申請）】

注１：令和５年秋開始接種は、前回の接種（２～６回目）を受けてから３か月以上経過した生後６か月以上の方が対象です。

注2：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

注３：**施設や医療機関に送付するにあたり、本人や家族の方等から同意をとってください。**

注４：五戸町以外の市町村の住民については、各市町村の担当窓口へご相談ください。

注３：市町村によっては、５歳以上65歳未満の初回接種完了者全員や障害者手帳の保持者等に接種券を送付するところがあります。そのような市町村の住民については、送付される接種券をご利用ください。

令和　　年　　月　　日

五戸町長　様

代理申請を行う施設等　所在地

　　　　　　　　　　　施設長名

担当者

 電話番号

　※　本申請書に、施設等の指定、許可、認可等を証する書類の写しを添付してください。

代理して申請を行う被接種者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 住民票に記載の住所 | 生年月日 | 申請理由（選択） | 前回接種の回数・日付 |
| （記入例） | ●●　●● | ●●●●年●●月●●日 | ① | ●回目（●●年●●月●●日） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

申請理由：①医療施設、高齢者施設、障害者施設等の入所者または従事者である　　②接種券が届かない　　③接種券の紛失･破損

④転入　　　⑤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