

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

記載例①
請求者本人が申請

新十津川町長 宛

R 3 年 12 月 20 日

To : Mayor

① 窓口に来た人 <small>Person submitting the form</small> (あなたの氏名)	フリガナ	とつかわ こめぞー			本人確認
	氏名 Name	十津川 こめぞー			職員印
	生年月日 Birth	2000	年	4 月 2 日生	記載事項 確認
	連絡先電話番号 Phone number	(0125 - 76 - 2131)			職員印
② 請求者 <small>Person who wishes to get the certificate</small> (証明を必要とする人)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記(窓口に来た人)と同じ Same as ①				
	フリガナ				
	氏名 Name				印
	生年月日 Birth	年	月	日生	署名、又は記名押印 (Please sign)
	①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 Spouse	<input type="checkbox"/> 父母・子 Parent /Child	<input type="checkbox"/> 祖父母・孫 Grandparent /Grandchild	<input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先電話番号 Phone number	(- -)				
③ その他 <small>Other information</small>	申請する接種証明書の 種類 Type of certificate	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">日本国内用 Domestic use in Japan</div> 海外用及び日本国内用 International travel & domestic use in Japan			
職員 確認 欄	申請の種類 (新規・再発行)	①過去に二次元コード付き接種証明書の発行を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい Yes (②へ) <input type="checkbox"/> いいえ No		新規	
		②上記①で「はい」と回答された方で、申請内容に変更はありますか？ (パスポートの更新など) <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No		再交付	

この交付申請書の他に、次の書類をご用意のうえ、申請してください。

日本国内用	海外用及び日本国内用
<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の氏名、生年月日がわかる本人確認書類(免許証、保険証等) 「②請求者」の接種券の写し(接種券番号確認のため) 接種済証等(紛失の場合は個人番号の分かる書類) 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類 	<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の旅券(パスポート) 「②請求者」の接種券の写し(接種券番号確認のため) 接種済証等(紛失の場合は個人番号の分かる書類) 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類
郵送時の追加書類	
<ul style="list-style-type: none"> 返信用封筒(あて先を書いて、切手を貼ってください。) あて先の住所氏名を確認できる書類(○運転免許証・住民票抄本等、×旅券・住所のない保険証) 	
郵送での請求先及び問合せ先	
〒073-1103 北海道樺戸郡新十津川町字中央307番地1 新十津川町総合健康福祉センターゆめりあ 保健福祉課 健康推進グループ (Tel 0125-72-2000)	

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

記載例②
代理人が申請

新十津川町長 宛

R 3 年 12 月 20 日

To : Mayor

① 窓口に来た人 (あなたの氏名) Person submitting the form	フリガナ	とつかわ ごう			本人確認
	氏名 Name	十津川 郷			職員印
	生年月日 Birth	1975 年 3 月 31 日生			記載事項 確認
	連絡先電話番号 Phone number	(0125 - 72 - 2000)			職員印
② 請求者 (証明を必要とする人) Person who wishes to get the certificate	□上記(窓口に来た人)と同じ Same as ①				
	フリガナ	とつかわ こめぞー			
	氏名 Name	十津川 こめぞー			
	生年月日 Birth	2000 年 4 月 2 日生			
①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 Spouse <input checked="" type="checkbox"/> 父母・子 Parent /Child <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 Grandparent /Grandchild <input type="checkbox"/> その他 (Other)				
連絡先電話番号 Phone number	(0125 - 76 - 2131)				
③ その他 Other information	申請する接種証明書の種類 Type of certificate	日本国内用 Domestic use in Japan 海外用及び日本国内用 International travel & domestic use in Japan			
職員確認欄	申請の種類 (新規・再発行)	①過去に二次元コード付き接種証明書の発行を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい Yes (②へ) <input type="checkbox"/> いいえ No		新規	
		②上記①で「はい」と回答された方で、申請内容に変更はありますか？ (パスポートの更新など) <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No		再交付	

この交付申請書の他に、次の書類をご用意のうえ、申請してください。

日本国内用	海外用及び日本国内用
<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の氏名、生年月日がわかる本人確認書類(免許証、保険証等) 「②請求者」の接種券の写し(接種券番号確認のため) 接種済証等(紛失の場合は個人番号の分かる書類) 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類 	<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の旅券(パスポート) 「②請求者」の接種券の写し(接種券番号確認のため) 接種済証等(紛失の場合は個人番号の分かる書類) 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類
郵送時の追加書類	
<ul style="list-style-type: none"> 返信用封筒(あて先を書いて、切手を貼ってください。) あて先の住所氏名を確認できる書類(○運転免許証・住民票抄本等、×旅券・住所のない保険証) 	
郵送での請求先及び問合せ先	
〒073-1103 北海道樺戸郡新十津川町字中央307番地1 新十津川町総合健康福祉センターゆめりあ 保健福祉課 健康推進グループ (TEL 0125-72-2000)	

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

新十津川町長 宛

Year	Month	Date
年	月	日

To : Mayor

① 窓口に来た人 <small>Person submitting the form</small>	フリガナ			本人確認	
	氏名 <small>Name</small>	印		職員印	
	生年月日 <small>Birth</small>	年	月	日生	記載事項 確認
	連絡先電話番号 <small>Phone number</small>	(—	—)
② 請求者 <small>Person who wishes to get the certificate</small>	□上記（窓口に来た人）と同じ Same as ①				
	フリガナ				
	氏名 <small>Name</small>	印			
	生年月日 <small>Birth</small>	年	月	日生	
	①あなたと②請求者の 関係 <small>Applicant's relationship with ①</small>	□夫・妻 <small>Spouse</small>	□父母・子 <small>Parent /Child</small>	□祖父母・孫 <small>Grandparent /Grandchild</small>	□その他 () <small>Other</small>
連絡先電話番号 <small>Phone number</small>	(—	—)	
③ その他 <small>Other information</small>	申請する接種証明書の種類 <small>Type of certificate</small>	日本国内用 <small>Domestic use in Japan</small>	海外用及び日本国内用 <small>International travel & domestic use in Japan</small>		
希望する証明書に○をつけてください。海外用をご希望の場合は、パスポート等の渡航書類が必要であり、国内用の証明書も併せて発行することとなります。 Please select a type of certificate. Person applying for a certificate for "domestic use & international travel" is kindly requested to present travel document (i.e. passport).					
職員 確認欄	申請の種類 (新規・再発行)	①過去に二次元コード付き接種証明書の発行を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい Yes (②へ) <input type="checkbox"/> いいえ No	新規		
		②上記①で「はい」と回答された方で、申請内容に変更はありますか？ (パスポートの更新など) <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	再交付		

この交付申請書の他に、次の書類をご用意のうえ、申請してください。

日本国内用	海外用及び日本国内用
<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の氏名、生年月日がわかる本人確認書類（免許証、保険証等） 「②請求者」の接種券の写し（接種券番号確認のため） 接種済証等（紛失の場合は個人番号の分かる書類） 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類 	<ul style="list-style-type: none"> 「②請求者」の旅券（パスポート） 「②請求者」の接種券の写し（接種券番号確認のため） 接種済証等（紛失の場合は個人番号の分かる書類） 代理人申請の場合⇒委任状、代理人の本人確認書類
郵送時の追加書類	
<ul style="list-style-type: none"> 返信用封筒（あて先を書いて、切手を貼ってください。） あて先の住所氏名を確認できる書類（○運転免許証・住民票抄本等、×旅券・住所のない保険証） 	
郵送での請求先及び問合せ先	
〒073-1103 北海道樺戸郡新十津川町字中央307番地1 新十津川町総合健康福祉センターゆめりあ 保健福祉課 健康推進グループ (TEL 0125-72-2000)	

備考：証明書の種類について

「接種証明書（日本国内用）」と「接種証明書（海外用及び日本国内用）」は、下表のとおり、記載内容が異なりますので、ご留意の上で申請いただきますようお願いいたします。なお、「接種証明書（海外用及び日本国内用）」には、二次元コードが2つ（「日本国内用・海外用」と「海外用」）記載されます。

Re: Type of certificate

There are 2 types of the vaccination certificates as below, one for domestic use and another for domestic use & international travel. Please select a type of certificate you wish to receive. On the certificate for domestic use & international travel, 2 types of 2D barcodes are printed.

		日本国内用 接種証明書 (Vaccination Certificate for domestic use in Japan)	海外用及び日本国内用 接種証明書 (Vaccination Certificate for domestic use in Japan & international travel)	
券面上 Paper certificate	二次元コード 2D barcode	あり（1つ one barcode） 〔 SMART Health Cards (注1) 〕	あり（2つ two barcodes） 〔 SMART Health Cards ICAO VDS-NC (注2) 〕	
	人定事項 Person information	姓名（漢字ありローマ字なし） Name (in Japanese) (or as in the certificate of residence) 生年月日 Date of birth	姓名（漢字ありローマ字あり） Name (in Japanese & English) 生年月日 Date of birth 国籍・地域 Nationality/Region 旅券番号 Passport number	
	接種記録 Vaccination record	接種年月日 Vaccination date ワクチンの種類 Vaccine type メーカー Manufacturer 製品名 Product name 製造番号 Lot number 接種国 Country of vaccination ※日本語・英語で記載 *Printed in Japanese & English	左記に同じ as shown on the left	
	証明主体 その他事項 Issuer & others	証明書発行者 Certificate Issuance Authority 日本国厚生労働大臣 Ministrer 証明書ID Certificate Identifier 証明書発行年月日 Issue Date ※日本語・英語で記載 *Printed in Japanese & English	左記に同じ as shown on the left	
		日本国内用 Domestic use in Japan	日本国内用・海外用 Domestic use in Japan & International travel	海外用 International travel
二次元コード 2D barcode	二次元コード規格 Specification	SMART Health Cards	左記に同じ as shown on the left	ICAO VDS-NC
	搭載データ 項目 Date element	※電子署名あり digitally signed 発行者 Issuer 氏名（漢字） Name (in Japanese) 生年月日 Date of birth ワクチンコード Vaccine code (ワクチンの種類、ワクチンの製品名 Vaccine, Vaccine brand) ワクチン接種年月日 Vaccination date 接種実施者 Vaccination authority 製造番号 Lot number	※電子署名あり digitally signed 発行者 Issuer 氏名（漢字及びローマ字） Name (in Japanese & English) 生年月日 Date of birth ワクチンコード Vaccine code (ワクチンの種類、ワクチンの製品名 Vaccine, Vaccine brand) ワクチン接種年月日 Vaccination date 接種実施者 Vaccination authority 製造番号 Lot number	※電子署名あり digitally signed 証明書発行国 Issuing country 氏名（ローマ字） Name (in English) 生年月日 Date of birth 旅券番号 Passport number 証明書ID Certificate Identifier ワクチンの種類 Vaccine ワクチンの製品名 Vaccine brand ワクチン接種年月日 Vaccination Date ワクチン接種回数 Dose number ワクチン接種国 Vaccination country 接種責任者 Administering centre 製造番号 Lot number

注1：SMART Health Cards規格：民間IT企業の共同プロジェクト「VCI」が策定した健康証明書用の規格。

*1: SMART Health Cards: A standard of the digital health certificate specified by the Vaccine Credential Initiative.

注2：ICAO VDS-NC規格：国連専門機関の一つである国際民間航空機関(ICAO)が策定した健康証明書用の規格。

*2: ICAO VDS-NC: A standard of the digital health certificate specified by the International Civil Aviation Organization (ICAO).

POWER OF ATTORNEY

# 5 h h c f b Y	
Address	
Name	

= ' \ Y f Y V m ' U d d c] b h ' h \ Y ' U V c j Y ! a Y b h] c b Y X ' U g ' a
and/or receipt of certificate.

H c ' . ' A U m c f ' Year Month Date
fl Ł

# A U b X U h c f	
Address	
Name	G] [b U h i f Y

The mandatory must fill out this form in person.