

接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

【1回目接種・2回目接種用】

令和 年 月 日

桜川市長 様

申請者 ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同一世帯員  
その他( )

被 接 種 者	ふりがな		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	<input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所 <input type="checkbox"/> 居住地(住民票等に記載がない方)	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他( )		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

【添付書類】

- ・本人確認書類の写し
- ・旧接種券（破損等でお持ちの方）

市 確 認 欄	担当者 印	<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( ) <input type="checkbox"/> 被保険者証 ( ) <input type="checkbox"/> マイナンバー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	担当者 印	<b>【VRS 確認】</b> <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 1回目接種日：令和 年 月 日 ワクチン： _____