

接種券(再)発行申請書 (新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

福智町長 宛

申請者 <sup>よりがな</sup> 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同居の親族

その他 ( )

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	年 月 日	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失、破損 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等で接種 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
接種券交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
申請者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診療依頼書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

受付対応者	接種券交付対応者	交付・郵送日