

新型コロナウイルスワクチン接種券再発行申請書

令和 年 月 日

大村市長宛

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"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回目接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失（未使用・接種済） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所 (原則、住民票に記載の住所)	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

【添付書類】

- 本人確認書類の写し（運転免許証、保険証、マイナンバーカード等）
※代理人が申請する場合は、本人確認書類に加えて代理人の身分証明書の写しも必要
- 住民票記載の住所地以外に送付を希望される方は、「公共料金」の支払い証明書などの写し

【身分証明書等貼付欄】