

予防接種済証（新型コロナウイルスワクチン）発行申請書

令和 年 月 日

矢吹町長宛

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、予防接種済証の発行を申請します。

※太枠の中をご記入ください。

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	大正・昭和・平成 年 月 日			
接種状況		<input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済			
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		

【注意事項】

郵送での申請の場合、「ワクチン接種記録証の写し【医療従事者のみ】」、本人確認書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）の写し、宛先を記載した返信用封筒（切手貼付）、代理人が申請する場合は委任状が必要です。（代理人の本人確認書類の写し添付）

窓口申請の場合は、上記書類を持参してください。

※証明書の発行には、接種状況の確認に時間がかかりますので、ご了承願います。

<職員記載欄>

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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 健康管理確認		交付方法	受付対応者		
		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	確認者		
交付内容	1回目	日時 _____	場所 _____	ロット No. _____	ワクチン名 _____
	2回目	日時 _____	場所 _____	ロット No. _____	ワクチン名 _____