

# 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

函南町長宛

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、接種券の発行を申請します。

以下、申請者と同じ情報は、にチェックを入れることで省略できます。

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		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <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	〒	

※申請者及び被接種者の本人確認書類の写しを添付してください。

町処理欄（何も記入しないでください）							
受理日	受付者	申請方法	住基確認	接種券確認	VRS 確認	送付先確認	送付日
/		窓口 郵送					/