

新型コロナウイルスワクチン接種券(接種済証)等再発行申請書

申請日 令和 年 月 日

岩出市長 あて

申請者 住 所 : _____

氏 名 : _____

電話番号 : _____

以下のとおり、新型コロナウイルスワクチン接種券の再発行を申請します。

なお、接種券の発行にあたっては、接種券発行対象者の個人番号（マイナンバー）または個人情報（氏名・生年月日・性別）を用いて、岩出市がワクチン接種記録システムまた転入前の市区町村への聞き取り等の方法により、接種記録について確認することに同意します。

★郵便事故等の責任は負いかねますのでご了承ください。

接種券等発行対象者（原則申請者本人または申請者と同居の親族に限る）

	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
1	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)				申請理由
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。

	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
2	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)				申請理由
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。

3	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)		申請理由		
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。

4	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)		申請理由		
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。

5	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)		申請理由		
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。

6	住 所	氏 名	性別	生年月日	申請者との続柄
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
	必要書類(※)		申請理由		
	1・2・3・4・5・ 6・7 回目	・接種券(接種済証) ・予診票	<input type="checkbox"/> 接種券等が届かない <input type="checkbox"/> 接種券等の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券等を医師との予診(相談)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他()		

※接種回数及び再交付が必要な書類に○をつけてください。