

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

石井町長宛

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。

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	〒	
		接種履歴確認欄	①接種記録書 ・ ②健康かるて ・ ③VRS

※接種履歴は①接種記録書②健康かるて③VRSの順で確認。

※未接種者の再交付申請時は、①～③のいずれでも接種履歴確認出来ない場合、未接種と判断する。

課長	主幹	課長補佐	主査	係長	係員