

予防接種済証発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

（宛先）大紀町長

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。

被 接 種 者	ふりがな			
	氏名			
	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 ※接種日・接種場所は接種記録書の添付がない場合記入	<input type="checkbox"/> 1回接種済 (接種日：令和 年 月 日 接種場所：) <input type="checkbox"/> 2回接種済 (接種日：令和 年 月 日 接種場所：) <input type="checkbox"/> 3回接種済 (接種日：令和 年 月 日 接種場所：)			
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
希望交付月日		年	月	日

【添付書類】

- 本人確認書類： マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証（ ）
代理人確認書類： マイナンバーカード 運転免許証 健康保険証（ ）
新型コロナワクチン接種記録書（医療従事者の優先接種を受けた場合）

【事務使用欄】

受付日	受付方法	受付者	整理番号	交付日	交付方法
/	窓口			/	窓口
	郵送				郵送

受付印