

# 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大野城市長 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<br>接<br>種<br>者 | ふりがな   |                                     |     |
|                  | 氏名   | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ |     |
|                  | 住民票に記載の住所  | <input type="checkbox"/> 申請者<br>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   |                                     |     |
| 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<br><input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                     |     |

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| 送付先             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><small>※被接種者住所と異なる場合は以下をご記入のうえ、必ず裏面に本人確認書類等を貼付ください。</small>   |   |
|                 | 住所   | 〒 |
|                 | 氏名   |   |
| 送付先変更の理由        | <u>該当する理由の□に✓を入れてください。</u><br><input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため<br><input type="checkbox"/> 成年後見人等に送付するため <input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため<br><input type="checkbox"/> 高齢や傷病等による意思/判断能力の低下等<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |
| 送付先変更を行う場合の添付書類 | 申請者及びワクチン接種被接種者の本人確認書類（健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）の写しを裏面に貼付してください。   |   |

本人確認書類の写しを貼り付けるか添付してください。

**申請者**

本人確認書類

写し 貼付け

(保険証、免許証、マイナンバーカード、パスポート等)

**申請者**

(裏面)

(住所変更等で裏書がある場合のみ)

**接種対象者**

本人確認書類

写し 貼付け

(保険証、免許証、マイナンバーカード、パスポート等)

**接種対象者**

(裏面)

(住所変更等で裏書がある場合のみ)