

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

坂城町長宛

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	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 (年 月 日)		
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	〒	

※町記入

申請受付番号	再発行—	申請受付日	令和 年 月 日
紛失等以外の場合	<input type="checkbox"/> 接種券の回収	接種券発行日	令和 年 月 日