

# 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

さくら市長宛

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 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	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済	
	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	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済	
	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	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済	
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <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	〒 _____			
申請理由が転入の場合は、以下もご記入ください。					
転入前の旧接種券が発行された市区町村	都 道 府 県		市 区 町 村		
接種券の発行に当たっては、ワクチン接種記録システム上において、さくら市が個人情報（氏名・生年月日・性別）により、申請者や発行対象者の接種履歴について以前にお住いの市区町村に確認することに同意します。				同意チェック欄 <input type="checkbox"/>	

転出元自治体で発行された旧接種券につきましては、残っている接種券部分及び予診のみ券部分を廃棄またはさくら市へ提出してください。