

## 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

川辺町長 様

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"/> 申請者と同一                                                                                                                                                                                                                      |   |
|                  | 住民票に記載の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同一                                                                                                                                                                                                                      | 〒 |
|                  | 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 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4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<br><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"/> 申請者と同一                                                                                                                                                                                                                      | 〒 |