

# 接種券再発行申請書(新型コロナウイルス感染症)【1・2回目接種用】

令和 年 月 日

大和市長あて

下記のとおり、接種券の再発行を申請します。

接種を受ける方	ふりがな	
	氏名	
	住民票に記載の住所	〒
	電話番号 <small>(平日日中つながりやすい連絡先)</small>	— —
	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平
	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
	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	※やむを得ない事情により、接種券の送付先を住民票住所とは別にしたい場合は、以下の欄もご記入ください。(別途要件があります。) 〒	
申請する方	接種を受ける方との続柄	<input type="checkbox"/> 接種を受ける本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> その他( )
	下記の項目は申請者の方が接種を受けるご本人ではない場合にご記入ください。	
	ふりがな	
	氏名	
住所	〒	
電話番号 <small>(平日日中つながりやすい連絡先)</small>	— —	

## (職員記載欄)

申請方法	受付	発行	検認	交付・送付	交付方法	交付年月日
<input type="checkbox"/> 窓口申請 <input type="checkbox"/> 郵送申請 <input type="checkbox"/> Web申請 <input type="checkbox"/> 他					<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵便送付 <input type="checkbox"/> その他	令和 年 月 日
本人確認書類				確認事項		
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許経歴証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 接種状況←接種券またはシステム確認済(共通) <input type="checkbox"/> 接種券回収(転居、破損の場合のみ) <input type="checkbox"/> 送付先情報指定理由( ) <input type="checkbox"/> (一式送付・接種券のみ) <input type="checkbox"/> 予約システム確認済 / <input type="checkbox"/> 予約システム( / )登録予定 <input type="checkbox"/> VRS確認済 / <input type="checkbox"/> VRS( / )登録予定 ⇒( )		
代理人本人確認書類及び代理権確認書類				特記事項		
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許経歴証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )						
<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 法定代理人( )						