

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

茅ヶ崎市長 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	<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	年 月 日		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済（市内・市外）医療機関名： 電話番号：			
申請理由	<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"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

同意します

接種券の再発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、茅ヶ崎市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の接種履歴を確認します。（代理人による申請を含む）

注意事項

転出元自治体で発行された旧接種券につきましては、接種済証に履歴が記載されている場合は保管、何も記載がない場合は廃棄してください。

----- 職員記入欄 -----

受付日	/	受付者		発行日	/
受付方法	電話・窓口・Web	発行済	<input type="checkbox"/>	入力日	/