

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時）再発行申請書

西暦 年 月 日

菊川市長 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（ ）

※同居の親族以外の申請については、委任状が必要となります。

下記のとおり、接種済証の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		生年 月日	西暦 年 月 日
	氏名	※申請者欄と同様の場合記入は不要です。		
	住民票に記載の住所	※申請者欄と同様の場合記入は不要です。		
接種日/接種会場	(1回目) 西暦 年 月 日 / 会場： (2回目) 西暦 年 月 日 / 会場： (3回目) 西暦 年 月 日 / 会場： (4回目) 西暦 年 月 日 / 会場： (5回目) 西暦 年 月 日 / 会場： (6回目) 西暦 年 月 日 / 会場：			
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種済証の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種済証の破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		

<必要書類>

申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）

※以下市記入欄

受付 No	VRS 確認	予診票原本確認または 医療機関への聞き取り	接種回数	発送確認	台帳入力
			<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 6回		