

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

大山崎町長宛

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→(接種場所:大山崎町・転入前市町村())		
確認同意	大山崎町が被接種者の新型コロナワクチン接種状況について、大山崎町予防接種台帳または新型コロナワクチン接種記録システムにおいて確認します。 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 個人番号 (- -) ※同意されない場合、接種券の再発行はできません		
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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
注意：接種券を発行後、既に発行している接種券が存在した場合は、どちらかを返還してください。 万が一重複して接種された場合、費用は全額自己負担となります。 万が一重複して接種された場合、予防接種健康被害救済制度の対象にはなりません。			

※以下記入しないでください

宛名番号

接種確認(未接種 接種済(1回目・2回目))

転入日(年 月 日)

本人確認(免許証・パスポート・個人番号カード・健康保険証・年金手帳・その他())