

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

伊丹市長宛

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
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1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		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒

【職員記入欄】

内容	確認書類
下記以外の者	<input type="checkbox"/> 本人確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他）
	<input type="checkbox"/> 申請者確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他）
	<input type="checkbox"/> 送付先住所の分かるもの（ ）
成年被後見人、被保 佐人、被補助人	<input type="checkbox"/> 被後見人等確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他）
	<input type="checkbox"/> 後見人等確認書類（免・保・マ・パ・外・障・生・その他）
	<input type="checkbox"/> 成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し

処理日： 月 日	氏名：
----------	-----