

小児・乳幼児用

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

二戸市長 様

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 同一世帯員

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	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
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"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他必要書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）のコピー <input type="checkbox"/> これまでの接種状況が分かるもの（接種済証、接種証明書等）のコピー		