

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 氏名 ふりがな _____

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 | 氏名 <small>ふりがな</small> | <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（乳幼児のみ） | | |
| 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（ ） | | |