

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

門川町長様

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		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ
	氏 名		
	住民票に記載の住 所	〒	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ
	生年月日(西暦)	年 月 日	
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