

新型コロナウイルス感染症 接種券 交付申請書

令和 年 月 日

厚真町長 宛

申請者 氏^{ふりがな}名 _____

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 その他 (_____)

下記のとおり、接種券の交付を申請します。

被 接 種 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※同じ場合 右欄記載不要	ふりがな				
		氏 名				
		住民票に 記載の住所	〒			
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	男性 女性
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 (_____)					
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種					
接種履歴	接種年月日			接種時点で住民登録のあった市区町村		
1回目	令和	年	月	日	都道 府県	市区 町村
2回目	令和	年	月	日	都道 府県	市区 町村
3回目	令和	年	月	日	都道 府県	市区 町村
4回目	令和	年	月	日	都道 府県	市区 町村

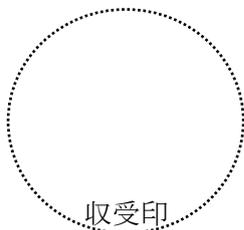
【添付書類】

①接種済証等接種事実が確認できる書類（未接種を除く）②本人確認書類

③(代理人による申請の場合)委任状及び代理人の本人確認書類

以下、町事務処理欄

交付年月日 令和 年 月 日 交付番号 _____



課 長	主 幹	主 査	担 当	合 議
			発 議	