

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

栄町長 岡田正市様

申請者 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 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（ <input type="text"/> ）	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒