

新型コロナウイルス感染症接種券発行申請書（1～5回目）

令和 年 月 日

猪名川町長 宛

下記の事項に同意の上、
接種券の発行を申請します。

接種券の発行にあたっては、予防接種台帳又は、ワクチン接種記録システム（VRS）上において、猪名川町が個人番号（マイナンバーカード）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住いの市町村における接種記録を確認します。

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								
	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	大正・昭和・平成・令和		年	月	日			
接種券種類	<input type="checkbox"/> 1回目接種用 <input type="checkbox"/> 2回目接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用								
接種券番号									
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない								
送付先住所	<input type="checkbox"/>	申請者 と同じ	〒	-					

※郵送で申請する場合は、接種回数分の日付が分かる書類の写し(接種済証、接種記録書、接種証明書)及び、被接種者の本人確認書類の写しを同封して頂きますようにお願いします。

(以下、事務局処理欄)

受取区分	受領者	処理内容 ※(注1)	発行者	確認者
<input type="checkbox"/> 郵便		<input type="checkbox"/> 発送 (<input type="checkbox"/> 対策室 <input type="checkbox"/> 保健センター)		
<input type="checkbox"/> 窓口		<input type="checkbox"/> 窓口受領希望 (<input type="checkbox"/> 対策室 <input type="checkbox"/> 保健センター)		

※(注1)処理内容は、本紙を受け取った職員が記入すること