

新型コロナウイルスワクチン接種券再発行申請書兼接種記録確認同意書

令和 年 月 日

大竹市長宛

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	年	月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 (令和 年 月 日)		
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	〒	

申請理由が「転入」の場合は、以下もご記入ください。

前の接種券が発行 された市区町村	都 道 府 県	市 区 町 村
接種券の発行に当たっては、ワクチン接種記録システム上において、大竹市が個人情報 (氏名・生年月日・性別)により、申請者や発行対象者の接種履歴について以前お住まい の市区町村に確認することに同意します。		同意チェック欄 <input type="checkbox"/>

《市記入欄》

◆ 申請受付 (窓口 ・ 電話) ※いずれかに○してください。

◆ 確認事項

	受付者	確認者
住民であることの確認 (住基システム)		
接種の有無の確認 (健康管理システム)		
<input type="checkbox"/> 未接種 (2回分交付) <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み (2回目のみ交付)		
接種券の発券No. (<input type="checkbox"/>)		

◆ 提出書類

接種券または接種券⑤ (※前住所地で送付されていない場合は不要)

課長	係長	受付者	確認者	交付者
交付日 (発送日)		年 月 日		

受付印