

# 接種券(再)発行申請書 (新型コロナウイルス感染症)

**追加(3回目)接種**

令和 年 月 日

知立市長宛

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。

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない
		<input type="checkbox"/> 予診のみで使用した	<input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	

**〔転入の方のみ〕** 下記①・②をよくお読みの上、同意チェック欄に☑してください。

- ① 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、知立市が個人情報(氏名・生年月日・性別)により、申請者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。
- ② 転出元で発行された接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

同意チェック欄

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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
1 回目・2 回目接種状況 (必須)		接種日	ワクチンの種類		接種券が発行された市区町村
	1 回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
	2 回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____			

**【申請書類】**

- 本申請書
- 窓口に来る方の本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)
- 1・2 回目接種済であることを証明する書類の写し(接種済証・接種記録書・接種証明書)

**\* 住民票所在地以外(家族・施設宛て等)に送付希望する場合、下記書類も必要です。**

- 「申請者及び被接種者」の本人確認書類の写し  送付用切手 94 円分

**【提出先】**

〒472-0031 知立市桜木町桜木 11 番地 2 知立市保健センター宛

《市記入欄》

受付日		受付者	ダブルチェック
本人 確認	<input type="checkbox"/> 本人申請	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 代理人申請 (代理人の本人確認)		