

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証再発行申請書

(宛先)

南 知 多 町 長

年 月 日

| | | |
|-----|-------------------|--|
| 申請者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 電話番号 | |
| | 接種済証の対象 の方との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 理 由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他 () |

私は、新型コロナウイルスワクチン予防接種済証の発行を受けるため、次のとおり申請します。

| | | |
|------|-------------------------------------|-------|
| 対象の方 | <input type="checkbox"/> 上記（申請書）と同じ | |
| | 住 所 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 電話番号 | — — |

| | | |
|---|-----|----|
| <input type="checkbox"/> 本人確認書類 ・免許証 ・健康保険証 ・マイナンバーカード ・その他 | 受付印 | 受付 |
| | | 交付 |