

|    |    |   |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
|    |    |   |

予防接種済証(新型コロナウイルスワクチン)発行申請書

令和 年 月 日

朝倉市長

(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、予防接種済証の発行を申請します。

※太枠の中をご記入ください。

|       |                                                                                                       |                                 |                                |   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| 被接種者  | ふりがな                                                                                                  |                                 |                                |   |
|       | 氏名                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                                |   |
|       | 住所                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                                |   |
|       | 生年月日                                                                                                  |                                 | 年                              | 月 |
| 接種状況  | <input type="checkbox"/> 1回接種済                                                                        | <input type="checkbox"/> 2回接種済  | <input type="checkbox"/> 3回接種済 |   |
| 申請理由  | <input type="checkbox"/> 接種券の紛失<br><input type="checkbox"/> 接種券の破損<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                 |                                |   |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                       | 〒                               |                                |   |

【注意事項】

郵送での申請の場合、「ワクチン接種記録書の写し【医療従事者のみ】」、本人確認書類(運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード等)の写し、宛先を記載した返信用封筒(切手貼付)、代理人が申請する場合は委任状が必要です。(代理人の本人確認書類の写し添付)

窓口申請の場合は、上記書類を持参してください。

※ 証明書の発行には、接種状況の確認に時間がかかる場合がありますので、ご了承ください。

|                                                              |                             |                                                                   |                                |                                    |    |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----|
| 職員記載欄                                                        |                             | 接種券番号                                                             |                                | NO.                                |    |
| 申請者確認書類                                                      |                             | <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード |    |
| <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 健康かるて | 交付方法                        |                                                                   | 受付対応者                          |                                    |    |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 窓口 | <input type="checkbox"/> 郵送                                       | 確認者                            |                                    |    |
| 交付内容                                                         | 1回目                         | 日時                                                                | ワクチン名                          | ロットNo                              | NO |
|                                                              | 2回目                         | 日時                                                                | ワクチン名                          | ロットNo                              |    |
|                                                              | 3回目                         | 日時                                                                | ワクチン名                          | ロットNo                              |    |