

接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

いわき市長 様

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 同一世帯の親族
 その他 ()

下記のとおり、申請します。

（被 種 を 接 受 け る 方 ）	<small>ふりがな</small>		
	①氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	②住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____ いわき市
	③生年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)	
	④対象者区分 (接種日時点)	<input type="checkbox"/> (1) 65 歳以上 <input type="checkbox"/> (2) 60~64 歳の身体障害者手帳 1 級相当者	
⑤送付先住所 ※ ②以外への送付を 希望する場合のみ 記入		〒 _____ ②で受け取れない理由:	
⑥ 申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失・滅失 <input type="checkbox"/> 届かない <input type="checkbox"/> 接種券を予診のみで使用 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【添付書類】

<input type="checkbox"/> 接種を受ける方の 本人確認書類の写し <u>(必須)</u> <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類の 写し (代理申請の場合のみ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し (上記④対象者区分の「(2)」に該当する場合のみ)	<p>★ 本人確認書類は次のものから 1 点添付してください。 運転免許証・パスポート・マイナンバーカードの顔写真のある面・ 障害者手帳 (療育手帳)・顔写真付き住民基本台帳カード・在留カード・ 特別永住者証明書・健康保険証・後期高齢者医療被保険者証・介 護保険被保険者証・年金手帳など</p>
---	---

【市記入欄】

保健所記入欄		受付所属記入欄			
受付番号及び 発送日	收受日	受付日	受付場所及び 担当者名	受取方法	備考
No.			内線 ()	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 受付窓口 <input type="checkbox"/> 保健所窓口	