

瀬戸市 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

瀬戸市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____
瀬戸市

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回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 市内転居 <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	〒	

※処理欄

申請者 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 日本国旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）		
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳（基礎年金番号通知書） <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受付担当者		交 付	窓口（ 年 月 日） 郵送（ 年 月 日）