

瀬戸市 接種券発行申請書【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 氏名	_____
住 所	瀬戸市 _____
電話番号	_____
被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本 人
	<input type="checkbox"/> 代理人 (_____)
	<input type="checkbox"/> 法定代理人 (_____)

以下のとおり、接種券の発行を申請します。

申請する接種券	<input type="checkbox"/> 1回目・2回目接種券（5歳以上）	<input type="checkbox"/> 追加接種券（5歳以上）秋開始接種
	<input type="checkbox"/> 1－3回目接種券（生後6か月－4歳）	

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	西暦	年 月 日
	送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____ (住民票に記載の住所と異なる場合、本人確認書類を求めることがあります。)
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入（前の接種券が発行された市町村名： _____） 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。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製） <input type="checkbox"/> 2回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製） <input type="checkbox"/> 3回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製） <input type="checkbox"/> 4回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製） <input type="checkbox"/> 5回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製） <input type="checkbox"/> 6回接種済（接種日： _____年 _____月 _____日 _____社製）		
同封書類	<input type="checkbox"/> 接種を確認する書類の写し （提出できない場合は、上記接種状況に必ず記載をお願いします。）		

※市処理欄

受付担当者		交 付	窓口（ _____年 _____月 _____日）
			郵送（ _____年 _____月 _____日）

瀬戸市 接種券発行申請書【新型コロナウイルス感染症】

令和 年 月 日

瀬戸市長 宛

ご本人申請の場合は住民票
に登録される転入先住所を
記載してください。

申請者 氏名	瀬戸 太郎
住所	瀬戸市 追分町 64 番地の 1
電話番号	0561-●●-●●●●
被接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 () <input type="checkbox"/> 法定代理人 ()

以下のとおり、接種券の発行を申請します。

申請する接種券	<input type="checkbox"/> 1回目・2回目接種券（5歳以上） <input type="checkbox"/> 1-3回目接種券（生後6か月-4歳）	<input checked="" type="checkbox"/> 追加接種券（5歳以上）秋開始接種
---------	--	--

被接種者	ふりがな		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	生年月日	西暦 1964 年 1 月 1 日	
申請理由	送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	(住民票に記載の住所と異なる場合、本人確認書類を求められることがあります。) 〒
	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転入（前の接種券が発行された市町村名： ○○県△△市） 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。 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> その他（	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 1回接種済（接種日：2021年 9 月 9 日 ファイザー社製） <input checked="" type="checkbox"/> 2回接種済（接種日：2021年 9 月 30日 ファイザー社製） <input checked="" type="checkbox"/> 3回接種済（接種日：2022年 4 月 20日 ファイザー社製） <input checked="" type="checkbox"/> 4回接種済（接種日：2022年 11 月 22日 モデルナ 社製） <input type="checkbox"/> 5回接種済（接種日： 年 月 日 社製） <input type="checkbox"/> 6回接種済（接種日： 年 月 日 社製）		
同封書類	<input checked="" type="checkbox"/> 接種を確認する書類の写し （提出できない場合は、上記接種状況に必ず記載をお願いします。）		

転出元の自治体での接種状況をチェックしてください。

※市処理欄

受付担当者	交 付	窓口 (年 月 日) 郵送 (年 月 日)
-------	-----	------------------------------