

# 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

御船町長 宛

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。

なお、接種券の重複により同一の接種をした場合等は、任意接種（予防接種による健康被害救済制度対象外及び接種費用自己負担）となることを承諾します。

## 記

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	〒 熊本県上益城郡御船町
	生年月日	年 月 日（満年齢 歳）	
接種履歴	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済（1回目：令和 年 月 日） （2回目：令和 年 月 日）		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失、破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 転入（前住所地の市町村名 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

※接種券の発行に際し、必要に応じて氏名・生年月日・性別の情報を元に、転入元市町村等へ接種状況の確認を行うことがあります。  同意します