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

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者（接種を受ける方） | ふりがな |  |  |
| ①氏名 | □申請者と同じ |  |
| ②住民票に記載の住所 | □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） | □ ⑴ 65歳以上　□ ⑵ 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 | □紛失・滅失　□届かない　□接種券を予診のみで使用□転入　□その他（　　　　　　　　 　　　　　　　） |

【添付書類】

|  |
| --- |
| □　接種を受ける方の★　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・年金手帳など本人確認書類の写し（必須）□　代理人の本人確認書類の写し（代理申請の場合のみ）□　身体障害者手帳の写し（上記④対象者区分の「⑵」に該当する場合のみ） |

【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 | 収受日 | 受付日 | 受付場所及び担当者名 | 受取方法 | 備考 |
| No. |  |  | 内線（　　　　） | □ 郵送□ 受付窓口□ 保健所窓口 |  |
|  |