

# 接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【初回接種】

申請日 令和 年 月 日

(あて先)

南魚沼市長

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 同一世帯員

その他 ( )

下記に同意し、発行を申請します。(□にチェックしてください。)

同意チェック欄

○接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上、又は予防接種台帳において、南魚沼市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、接種記録を確認します。

○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。

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	T・S・H・R	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 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 ( )		
再発行接種券 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 来庁（予定日： 月 日 時頃） <input type="checkbox"/> 郵送（※申請時に窓口にて本人確認ができた場合のみ）		

(裏面につづく)

