

予防接種済証（再）発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

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 同居の親族
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

○接種済証の再発行にあたっては、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。

○代理人により、世帯主以外の接種済証の再発行を申請する場合、世帯主以外の接種履歴につい
ては、発券対象者の接種履歴について南魚沼市がVRSで個人番号（マイナンバー）以外の個人情
報（氏名・生年月日・性別）により確認します。

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	T・S・H・R	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済 <input type="checkbox"/> 5回目接種済 ※南魚沼市の接種券で接種を受けた方のみ発行できます		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の他に必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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、住民票に記載の住所に送付）		

（裏面につづく）

■窓口担当者記入欄

受付年月日	令和 年 月 日		
届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人(<input type="checkbox"/> 代理人確認) <input type="checkbox"/> 任意代理人(<input type="checkbox"/> 代理人確認) → <input type="checkbox"/> VRS確認同意あり <input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> その他()		
本人確認書類	個人番号カード、運転免許証、パスポート、健康保険証、年金手帳、身分証明書、 その他() ※いずれか1つ		
乳幼児・小児の場合	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し		
受付	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種対策室 <input type="checkbox"/> 保健課 <input type="checkbox"/> 大和市民センター <input type="checkbox"/> 塩沢市民センター	受付者	

■接種済証発行担当者記入欄

接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 健康かるて(予防接種台帳) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> その他()		
(再)発行日	令和 年 月 日	処理者	