

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

富士見市長 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。

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	〒 埼玉県富士見市
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1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（ ）		

- ・接種券は原則、住民票に記載のある住所にお送りします。
- ・接種券の送付先の変更を行う場合、お手数ですが、「富士見市新型コロナウイルスワクチン接種券送付先変更届出書」の提出をあわせてお願いします。