

(様式 4-4-3)

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

一関市長 様

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	〒
	生年月日	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 ()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

※申請理由が転居・破損の場合はお手持ちの接種券を添えて申請してください。

昭和 32 年 4 月 1 日以前に生まれた方 _____ タクシー・バス乗車券の再発行 有 無

郵送申請の申請書送付先

021-0026 一関市山目字前田 13-1 一関保健センター内 新型コロナワクチン接種対策室