

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

北茨城市長 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 同一世帯員 その他（ ）

| | | | |
|---|---------------------------|---|-------|
| 被 接 種 者 | <small>ふりがな</small> 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 |
| 送付先住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | |
| 申請理由 | | <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 医療機関、高齢者・障害者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する者、その他重症化リスクが高いと医師が認める者 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 直近の接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種 証明書を提出される方は、本 欄は 記入不要 です。 ※再発行の方は 記入不要 です。 ※分かる範囲で記入してくだ さい。 | | ①接種日： _____ 年 月 日 ②ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他（ ） ③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）（※） <p style="text-align: center;">※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や 医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> | |

※ 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種