

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"/> 64歳以下で、令和5年秋開始接種を希望する <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 <small>※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。</small>		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： _____）（※） ※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。	

※ 「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