

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証（再）発行申請書

令和 年 月 日

大島町長 殿

申請者 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人
 その他（ ）
※委任状が必要

私は、新型コロナウイルスワクチン予防接種済証の(再)発行を受けるため、次のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種済証の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種済証の破損 <input type="checkbox"/> 接種済証の未交付 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種券番号(10桁)			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

本人以外の方が申請する場合は、委任が必要です。

代理人 住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____

私は、上記のものを代理人と定め、新型コロナウイルス感染症予防接種証明書の交付及び受領に関することを委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 生年月日 _____

申請書類

- 予防接種済証（再）発行申請書
- 本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・パスポートなど）の写し
- 郵送の場合、返信用封筒（切手貼付、返信先住所・氏名が記載されたもの）