

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証交付・再交付申請書

年 月 日

基山町長 様

① 申請人	住所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	連絡先電話番号	(— —)
② 被接種者	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	
	住所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	①あなたと②請求者の 関係	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他 ()
	連絡先電話番号	(— —)
③ 交付・再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・滅失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 (接種券番号：) <input type="checkbox"/> 接種記録書のみ所有 (接種記録書のコピーを添付してください。) <input type="checkbox"/> その他 ()	

※①申請人が本人（被接種者）以外の場合は、委任状を添付してください。