

新型コロナウイルスワクチン接種済証 交付申請書

申請日 令和 年 月 日

鯖江市長 殿

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 ()

下記のとおり接種済証の交付を申請します。

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	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種済証の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 勤務先、学校等への提出書類に必要 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

※ 鯖江市使用欄 ※ 受付区分 (電話 ・ 窓口 ・ 郵送)

申請者確認書類	・運転免許証・マイナンバーカード・成年後見人、保佐人 証明書写し・パスポート (本人の場合次の物でも可)・健康保険証 ・介護保険証 ・身体障害者手帳		
発行対象者確認書類	・運転免許証 ・マイナンバーカード ・パスポート ・健康保険証 ・介護保険証 ・身体障害者手帳	担当者	