

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

【追加接種（3回目接種）用】

申請日 年 月 日

福山市長 様

申請者 フリガナ 名前 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者（接種を受ける人）との続柄等

本人 同居の親族（続柄： ） 法定代理人（ ）

次のとおり、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	<small>フリガナ</small> 名前	<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	〒 広島県福山市
	生 年 月 日		年 月 日
	対 象 区 分	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の入所者及び従事者 <input type="checkbox"/> 病院及び有床診療所入院患者 <input type="checkbox"/> 通所サービス事業所の利用者及び従事者 <input type="checkbox"/> その他一般	
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"/> 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（ ）		
接 種 状 況	1 回目 接種	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"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ ③接種日時点の住民登録地の自治体名 (都・道・府・県 市・区・町・村)	
	2 回目 接種	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"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ ③接種日時点の住民登録地の自治体名 (都・道・府・県 市・区・町・村)	

(裏面に続く)

送付先

※申請者が本人または法定代理人の場合は接種券送付先を変更できます。

□接種券の送付先を 変更する ※本人または法定代 理人のみ可	送付先	□被接種者住所 □法定代理人住所 □その他住所
	送付先郵便番号	〒
	送付先住所	
	送付先住所方書	
	送付先名前	

添付書類

□被接種者の本人確認書類の写し（必須）

被接種者の本人確認書類の写しを貼付けしてください。

【本人確認書類（必須）】

運転免許証，健康保険証の写しなど

□被接種者の接種状況が確認できる書類の写し（必須）

被接種者の接種状況が確認できる書類の写しを貼付けしてください。

【接種状況確認書類（必須）】

接種済証，接種記録書，接種証明書の写し

□居住実態を把握できる書類の写し（本人若しくは法定代理人が申請し，送付先を変更する場合）

□申請者の本人確認書類の写し（代理申請の場合）

□成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し（法定代理人が申請し，送付先を変更する場合）

次の場合に応じて，必要な書類の写しを貼付けしてください。

○送付先変更の場合

現住所に届いている郵便物の写し

○代理申請の場合

代理人の本人確認書類の写し

○代理申請かつ送付先変更の場合

代理人の本人確認書類の写し

成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し

郵送先

〒720-0831 福山市草戸町五丁目12番4号 福山市新型コロナウイルスワクチン接種実施本部

※「接種券」は普通郵便で送付します。簡易書留や速達を希望される場合は，返信用封筒（宛先を記載したもの）にその旨を記載し，料金の切手を貼って同封してください。