

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

札幌市長宛

ふりがな

申請者 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、接種券の発行を申請します。

以下、申請者と同じ情報は、にチェックを入れることで省略できます。

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		年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済		
届出理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※原則として、接種券は住民票に記載のある住所に送付します。

[申請先] 〒060-8405

札幌市保健所ワクチン接種担当部

※住所は記載不要です。郵便番号は必ず記載して下さい。

事務処理欄	
申請方法（ 郵送 ・ 電話 ）	発行処理