

# 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書（12歳から15歳用）

令和 年 月 日

大府市長 殿

申請者（被接種者の保護者）

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| 被<br>接<br>種<br>者            | ふりがな   |  |
|                             | 氏名   |  |
|                             | 住民票に記載の住所<br>※申請者と同じ場合は☑を記入してください。   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（以下の住所は記入不要）<br>〒474- 町 番地<br>マンション・アパート名等（ ） |
|                             | 生年月日   | （西暦） 年 月 日（満 歳）  |
| 接種状況<br>※☑を記入してください。        | <input type="checkbox"/> ワクチン接種記録システム上において、大府市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の接種記録を確認することに同意します。   |  |
|                             | 【市記入欄】 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済   |  |
| 申請理由<br>※該当する項目に☑を記入してください。 | <input type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失<br><input type="checkbox"/> 接種券の破損<br><input type="checkbox"/> 接種券が届かない<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |  |
| 送付先住所                       | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ  | 〒  |