

追加接種（3回目接種）用接種券発行申請書  
（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

日高市長 宛

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、接種券の発行を申請します。

※接種券の発行にあたっては、従前の市区町村における接種記録を確認（マイナンバーによる照会も含む）することもございますので、同意した上で、ご申請ください。

申請理由		<input type="checkbox"/> 転入（2回接種済み）
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地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
2回目接種完了時点での住民票上の住所地	〒	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒	

■本申請書に加え、以下の書類も提出してください。

・1回目及び2回目が接種済みであることを証明する書類（接種済証又は接種記録書）の写し  
※お手元にない場合、2回目接種完了時点で住民票があった自治体から接種済みであることがわかる書類を取得していただくか、マイナンバーによる従前の市区町村へ照会することに同意してください。

マイナンバーの使用について、利用目的を承知の上、同意します。（同意される場合は☑してください。）

【提出先】

〒350-1231

埼玉県日高市大字鹿山 370 番地 20

日高市保健相談センターワクチン接種推進担当 宛