

接種券発行申請書（一時帰国者用）

年 月 日

印西市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との関係 本人 代理人（ ）

法定代理人（ ）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

申請する接種券	<input type="checkbox"/> 1回目・2回目・3回目接種券（生後6か月から4歳以下）	
	<input type="checkbox"/> 1回目・2回目接種券（5歳以上）	<input type="checkbox"/> 3回目接種券（5歳以上）
	<input type="checkbox"/> 4回目接種券（生後6か月以上）	<input type="checkbox"/> 5回目接種券（5歳以上）
	<input type="checkbox"/> 6回目接種券（5歳以上）	<input type="checkbox"/> 7回目接種券（12歳以上）
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 1回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 2回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 3回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 4回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 5回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 6回接種済（接種日： 年 月 日 社製）
		<input type="checkbox"/> 6回接種済（接種日： 年 月 日 社製）

被 接 種 者	ふりがな				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	生年月日	年 月 日			
	送付先の住所	※郵便物の受取りができる住所の記入をお願いします。普段、郵便物を受取られていない場合は、配達が可能か郵便局に確認をお願いします。			
		〒 千葉県印西市			
	※本人以外の受取 <input type="checkbox"/>				
	居住地または 滞在先の住所	<input type="checkbox"/> 送付先と同じ（送付先住所と同じ場合は記入不要です。）			
		〒 千葉県印西市			
	居住地内について	<input type="checkbox"/> 以前使用していた住宅	<input type="checkbox"/> 印西市に移住予定の住宅	<input type="checkbox"/> 親類の住宅	
		<input type="checkbox"/> 一時帰国中のみ住宅を借用	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
滞在期間 （一時帰国者のみ）	年 月 日 ～ 年 月 日				
その他	<input type="checkbox"/> DV等被害のため、住所情報の取り扱いに配慮が必要な方				

（裏面あり）

その他	国内で接種をする理由	例 1) 海外の医療機関において接種を実施していない。 例 2) 日本国内での接種に安心感がある。
-----	------------	--

【添付書類】

- 接種者の本人確認書類の写し
- 居住していることが確認できる書類の写し（公共料金の領収書、賃貸住宅の契約書、宿泊証明書等）
- 前回接種日を確認できる書類の写し（接種済証など）【2回目以降の接種券を希望される場合のみ】
- 代理人の本人確認書類の写し【代理人が申請する場合のみ】
- 成年後見登記制度に基づく登記事項証明書の写し【法定代理人が申請する場合のみ】