

## 新型コロナワクチン予防接種済証再発行申請書

(宛先)

高 浜 市 長

年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
	接種済証の対象の方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他( )
	理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )

私は、新型コロナワクチン予防接種済証の発行を受けるため、次のとおり申請します。

対象の方	<input type="checkbox"/> 上記(申請者)と同じ	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	— —

### 注意

申請には、本人確認書類が必要です。代理人が申請する場合は、委任状と代理人の方の本人確認書類の提出が必要です。

# 委任状

- ・この委任状は必ず本人(委任者)が自署又は記名押印してください。
- ・代理人の本人確認書類(運転免許証等)の写しを添付してください。
- ・虚偽行為があった場合、刑法により罪に問われることがあります。
- ・本人(委任者)に意思確認のため、電話等で連絡することがあります。電話番号は昼間連絡できる番号を記載してください。

(宛先)

高 浜 市 長

年 月 日

本人(委任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	— —

私は、次の者に新型コロナワクチン予防接種済証発行申請と受領を委任します。

代理人(受任者)	住 所	<input type="checkbox"/> 委任者の住所と同じ
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	— —