**接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）兼接種記録確認同意書**

令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

日田市長　宛

申請者　氏名(ふりがな)

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。

なお、申請者と被接種者が異なる場合は、接種対象者本人及びその関係者に同意を得ており、再発行に伴い不利益が生じる場合には、すべて申請者が責任を負うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | | □申請者  と同じ | |  | | | | | | | |
| 住民票に  記載の住所 | | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | □市外からの転入　　　□接種券の紛失、滅失　　　□接種券の破損  □住民票等に記載がない　　　□接種券が届かない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 接種状況 | | | □未接種　　　□１回接種済（令和　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | |
| 転入前の市区町村 | | |  | | | | 都　道 |  | | | | 市　区 |
| 府　県 | 町　村 |
| 送付先住所 | | | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | |
| 同意欄 | | | 接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、日田市が個人情報（氏名・生年月日・個人番号）により、被接種者の接種記録について確認することに同意します。 | | | | | | | | 同意チェック欄  □ | |
| ※住所、氏名の記載がある本人確認書類（免許証や健康保険証 等）の写しを添付してください。  ※申請者が被接種者の代理人であれば、加えて、代理人の本人確認書類の写しも添付してください。  ※本人確認書類の裏面に住所等の記載がある場合は、裏面の写しも添付してください。  ※郵送申請の場合は、別紙の郵送申請用貼付用紙に、本人確認書類の写しを貼り付けて添付してください。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 【職員確認欄】 | | 交付日 | | 職員 | | | 職員 | 受付日 | | |
|  | |  | |  | |  | | |  |  | | |