

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【R05 春開始接種用】

※追加接種は、前回の接種を受けてから3か月以上経過した方のうち、
65歳以上の方、基礎疾患がある18～59歳の方、医療従事者等が対象です。

令和 年 月 日

嘉手納町長宛

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 ☐ 同一世帯員 ☐ その他（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された追加接種用の接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

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	年 月 日	
送付先住所		☐ 申請者 と同じ	
申請理由		☐ 12～64歳だが、基礎疾患がある等の理由で追加接種を希望している ☐ 接種券が届かない ☐ 接種券の紛失・破損 ☐ 転入 ☐ 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した ☐ その他（ ）	

（裏面につづく）

