

接種券発行申請書（一時帰国者・住民登録がない方用）

令和3年 月 日

稲城市長宛

フリガナ
申請者 氏名

〒

住所

電話番号

被接種者との関係

本人

同居の親族

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。

被 接 種 者	フリガナ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	居住地の住所	〒 東京都稲城市	
	生年月日	(西暦) 年 月 日	
	滞在期間 (一時帰国者のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ワクチンの接種間隔等を考慮し、申請日から2ヶ月程度の滞在期間が必要です。	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済(ワクチンメーカー:)		
送付先	※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。 〒 住所: 送付先氏名:		

添付書類

- 接種者の本人確認書類の写し（一時帰国者については旅券の写し）
- 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）