

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

鎌ヶ谷市長 宛

Year	Month	Date
年	月	日

To : Mayor

① 請求者 (証明を必要とする人) Applicant (who wish to get the certificate)	フリガナ				
	氏名 Name				
	生年月日 Date of Birth				
	住所 Address				
	送付先 Mailing Address	※住所と送付先が異なる場合、ご記入ください。 Please fill in if the address and mailing address are different			
	連絡先電話番号 Phone number	(-)			
	接種の状況 Record Of Vaccination And soon	接種券番号 Vaccination Coupon Number	1回目接種年月日 First Dose Vaccination Date	2回目接種年月日 Second Dose Vaccination Date	
			Year Month Date 年 月 日	Year Month Date 年 月 日	
	パスポートに記載の氏名 Full name as it appears on your passport				
	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)				
② 窓口に来た方 Visitor	□上記(請求者)と同じ Same as ①				
	フリガナ				
	氏名 Name				
	連絡先電話番号 Phone number	(-)			
あなたと①請求者の関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 Husband /Wife	<input type="checkbox"/> 父母・子 Parent /Child	<input type="checkbox"/> 祖父母・孫 Grandparent /Grandchild	<input type="checkbox"/> その他 ()	

処理欄

【旅券の写し】

顔写真・氏名記載ページ (□有効期限)

※旧姓・別姓・別名の記載がある場合: 旧姓・別姓・別名が確認できる書類 (旧姓併記されたマイナンバーカード、運転免許証、戸籍、住民票の写し等)

【接種記録照会に必要な書類の写し】 いずれか

接種券 (接種済証) □氏名・生年月日・性別 (本人確認書類/旅券可)

【接種事実の確認に必要な書類の写し】 いずれか

接種済証 □接種記録書 □予診票 (接種済)

【申請者が代理人である時】

委任状 (□代理人の方の本人確認書類)