

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

郵送用
For mail

Year Month Date
年 月 日

安城市長

To : Mayor

① 申請者 Applicant	フリガナ Ruby			
	氏名 Name			
	生年月日 Date of birth	Year 年	Month 月	Date 日
	住所 Address			
	連絡先電話番号 Phone number	(— —)		
② 証明を必要とする人 who wish to get the certificate	<input type="checkbox"/> 上記① (申請者) と同じ Same as ①			
	フリガナ Ruby			
	氏名 Name			
	生年月日 Date of Birth	Year 年	Month 月	Date 日
	住所 Address			
	①申請者と②証明を必要とする人の関係 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
連絡先電話番号 Phone number	(— —)			
③ その他 Other	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)			
	送付先住所 Mailing address	<input type="checkbox"/> 上記① (申請者) と同じ Same as ①		

申請書類		<input type="checkbox"/> この申請書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)の身分事項記載ページの写し <input type="checkbox"/> 接種済証(接種クーポン券)の写し
	こんなときは 必要です	<input type="checkbox"/> 代理人が申請する場合→委任状(本人自署)及び代理人の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 旅券に旧姓・別姓・別名(英字)の記載がある場合 →旧姓・別姓・別名(英字)が確認できる本人確認書類の写し

【提出先】〒446-0045
安城市横山町下毛賀知106番地1
(安城市保健センター)

市処理欄	受	/		作	/		送	/	
------	---	---	--	---	---	--	---	---	--