

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

小平市長 殿 To : Mayor

Year Month Date  
年 月 日

申請の種類 Type of this application		<input checked="" type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 再交付 <small>New application Re-issue</small>	
① 申請者 Applicant	フリガナ 氏名 Name	コダイラ タロウ 小平 太郎	
	連絡先電話番号 Phone number	( 000 - 0000 - 0000 )	
② 証明を請求とする人 Claimant (who wish to get the certificate)	フリガナ 氏名 Name	<input checked="" type="checkbox"/> 上記(①申請者)と同じ Same as ①	
	①申請者と②請求者の関係 Claimant's relationship with ①	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 The person <input type="checkbox"/> 夫・妻 Husband/Wife <input type="checkbox"/> 父母・子 Parent/Child <input type="checkbox"/> その他 Other	
	連絡先電話番号 Phone number	( - - )	
③ 渡航関係 travel relations	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	××××国	
	渡航予定期間 Planned travel period	令和〇年〇月〇日～令和△年△月△日	
④ 接種日 Inoculation date	第1回 First	第2回 Second	第3回 Third
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑤ 宛先変更 Changing the address			
⑥ その他 other			

初めて申請される場合は「新規」に、既に交付された接種証明書を再度申請される場合は「再交付」に丸を付けます。  
※過去に申請したことがある人も、パスポートを更新した場合は新規申請になります。

ご自身の名前をご記入ください（代理申請の場合は、代理人の方の名前）。  
※旅券の氏名と異なる場合は、戸籍等が必要となります。  
※旅券の氏名が平仮名・カタカナ・漢字・ローマ字以外の文字で記載されている方については、代用文字を「⑥」にご記載ください。

当てはまる項目に、チェックをお付けください。

渡航を予定している国・地域名・渡航予定期間をご記載ください。

ご自身の接種済証等を確認の上、接種日をご記載ください。

送付先の変更を希望される方のみご記載ください。  
※送付先住所及びそのことがわかる書類（写し）が必要となります。

以下の場合等で、上記内容以外に記載する必要がある方のみ、ご記載ください。  
※旅券の氏名が平仮名・カタカナ・漢字・ローマ字以外の文字で記載されている方  
→代用文字をご記載ください。