

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 COVID-19 Vaccination Certificate

年 月 日
Year Month Date

(あて先) 山形市長
TO:Mayor

①申請者 (窓口に来た人) Person submitting the form	フリガナ	
	氏名 Name	
	住所 Address	
	連絡先電話番号 Phone number	
②請求者 (証明を必要とする人) Person who wishes to get the certificate	<input type="checkbox"/> ①申請者と同じ (同じ場合は★の記載不要) Same as ①. If they is the same as ①, ★ is not required	
	★フリガナ	
	★氏名 Name	
	★住所 Address	
	★連絡先電話番号 Phone number	
	生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Date
	①申請者と②請求者の関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他 () Spouse Parent /Child Grandparent /Grandchild Other
③接種証明書の種類 Type of certificate	希望する証明書に○をつけてください。 Please indicate by circling with an ○ the type of certificate required.	(A) 日本国内用 Domestic use in Japan (B) 海外用及び日本国内用 International travel & domestic use in Japan
	※ (B)を選択した方のみ Only circling with B 旅券番号 Passport Number	
送付先住所 (郵送の場合のみ) Delivery address(In case of application by post)		〒 -

《自治体担当者記入欄》

申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (月 日受付)
本人確認等	<input type="checkbox"/> 済 確認方法 : 旅券 運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 学生証 その他 ()
接種確認方法	<input type="checkbox"/> 接種券番号、氏名・生年月日・性別の3情報
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 (月 日交付) <input type="checkbox"/> 郵送 (月 日送付)
証明書発行ID	

入力者	点検者