

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

藤沢市長 宛
To: Mayor of Fujisawa

申請日 Date of application	年 (YYYY)	月 (MM)	日 (DD)
----------------------------	-------------	-----------	-----------

次のとおり申請します。
申請にあたり、証明に必要な接種歴および住民基本台帳等を市が照会、確認することに同意します。
(接種歴の確認には、ワクチン接種記録システムを使用し、マイナンバーで照会することがあります。)

① 請求者（証明を必要とする人）	① Person who wants to get the certificate			
	フリガナ 氏名 Name			生年月日(西暦) Date of birth
	住所 Address	〒 -		年 月 日 (YYYY) (MM) (DD)
	電話番号 Phone number	※平日の日中に連絡が取れる電話番号を記入 (-)		
	申請する接種 証明書の種類 Type of certificate	<input type="checkbox"/> 海外用/日本国内用(兼用) ※日本語・英語併記 International travel & Domestic use in Japan	<input type="checkbox"/> 日本国内用 Domestic use in Japan	
	申請の種類 Type of this application	<input type="checkbox"/> 新規 New application	<input type="checkbox"/> 再交付 Re-issue	(過去に申請したことがあっても、パスポートを更新した 場合や新たに二次元コード付証明書が必要な場合は 新規となります。)
	渡航日 Date of departure	年 (YYYY)	月 (MM)	日 (DD) (確定・予定)
	接種状況 Vaccination record of COVID-19		※接種済証(写)を添付する場合記入不要	
	回数 Vaccination Date	接種日 Vaccination Date	接種場所 Vaccination location	接種ワクチン Name of vaccine
	1回目 First	年 月 日 (YYYY/MM/DD)		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()
2回目 Second	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
3回目 Third	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
4回目 Fourth	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
5回目 Fifth	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
6回目 Sixth	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
7回目 Seventh	年 月 日 (YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ()	
※藤沢市に住民票があったときに接種したものに限り証明発行が可能です (This certificated is issued by a local government where you lived when you were vaccinated)				

② 窓口に来た人(あなたの氏名)	② Person submitting the form				
	<input type="checkbox"/> 上記①(証明を必要とする人)と同じ Same as ①				
	フリガナ 氏名 Name			生年月日 Date of birth	
	住所 Address	〒 -		年 月 日 (YYYY) (MM) (DD)	
	電話番号 Phone number	※平日の日中に連絡が取れる電話番号を記入 (-)			
①請求者との関係 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 Other ()

◎申請時に添付が必要な書類の詳細は裏面の案内をご確認ください

【 添付書類 Attach the following documents 】

- パスポート(写) ※海外用のみ Photocopy of Passport 接種済証(写) Photocopy of Vaccination record of COVID-19
- 本人確認書類(写) Photocopy of a personal ID 返信用封筒 ※要切手貼付 Return envelope with a postal stamp
- 委任状 ※代理人申請・受領のみ Letter of Attorney(Only if someone else is applying or receiving on your behalf)

事務処理欄	受	〒・窓	渡	〒・窓	受付者:
-------	---	-----	---	-----	------