

# 新型コロナワクチン接種券優先送付申請書

※64歳以下(満12歳以上)の基礎疾患のある人

申請日 令和3年 月 日

太子町長 様

基礎疾患があるため、次のとおり新型コロナワクチン接種券の優先送付を申請します。

## 1. 対象者

住所 (住所登録)	〒 太子町	
フリガナ		
氏名		
生年月日	年 月 日	
電話番号	( )—( )—( )	
基礎疾患番号	※裏面【★対象となる基礎疾患】の番号を記入。	

※接種券は対象者の住民登録の住所に送付します。

## 2. 申請者

上記「1.対象者」と同じ <input type="checkbox"/> ←同じ場合は✓してください。以下記入不要)	
上記「1.対象者」と異なる場合は、下記にご記入ください。	
住所 (住所登録)	〒
フリガナ	
氏名	
電話番号	( )—( )—( )
対象者との ご関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:対象者の ) <input type="checkbox"/> その他( )

【申請方法】 郵送・FAX 【受付期限】 6/10(木)

【申請先】 〒671-1553 太子町老原 102-1

太子町予防接種センター(さわやか健康課内) 宛

TEL 079-276-2100 FAX 079-276-6631

※以下、記入不要。【太子町使用欄】

受付日	月 日	受付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/>	担当者	
住基情報確認	済 <input type="checkbox"/>	確認日	月 日	担当者	
接種券発送準備	済 <input type="checkbox"/>	準備日	月 日	担当者	
接種券発送	済 <input type="checkbox"/>	発送日	月 日	担当者	