

予防接種記録確認書等申込書

令和 年 月 日

庄内町長 富 横 透 宛

庄内町で実施した予防接種について記録確認書等の発行を申込みます。

(太枠内にご記入ください)

氏 名	
18歳未満の場合 保護者の氏名	
住 所	庄内町
電 話 番 号	
生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生
年 齢	歳
性 別	男 ・ 女
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の破損 <input type="checkbox"/> 過去の接種歴を把握するため <input type="checkbox"/> ()
発行を希望する 予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 子どもの定期予防接種全て <input type="checkbox"/> 子どもの定期予防接種の一部() <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症(R2～R5臨時接種分) <input type="checkbox"/> ()
備 考	(事由) (代理者氏名・続柄)

※この申込書は、交付を希望するご本人がご記入ください。ただし、ご本人による記入が困難な場合、ご本人の親族、後見人などの代理者による代筆ができます。その場合は、備考欄に、ご本人による記入が不可能である事由と、代理者の氏名および続柄を記入してください。

(役場確認欄)

項 目	チェック
本人の本人確認書類	<input type="checkbox"/>
代理人の本人確認書類	<input type="checkbox"/>
システムでの接種歴確認	<input type="checkbox"/>

※本人確認書類とは運転免許証、マイナンバーカード等