予防接種記録確認書等申込書

令和 年 月 日

庄内町長 富 樫 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 年 月 日生 平成・令和
年 齢	歳
性 別	男 ・ 女
申請理由	☐ 母子健康手帳の紛失 ☐ 母子健康手帳の破損 ☐ 過去の接種歴を把握するため ☐ ()
発行を希望する 予防接種の種類	☐ 子どもの定期予防接種全て ☐ 子どもの定期予防接種の一部() ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者带状疱疹 ☐ 新型コロナウイルス感染症(R2～R5臨時接種分) ☐ ()
備 考	(事由) (代理人氏名・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、後見人などの代理人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、代理人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	☐
代理人の本人確認書類	☐
システムでの接種歴確認	☐

※本人確認書類とは運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等