

予防接種予診票 再発行申請書

令和 年 月 日

東浦町長 宛

① 申請者 (窓口に来た人)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	②対象者からみた続柄	☐ 本人 ☐ 夫・妻 ☐ 子 ☐ その他()
② 対象者 (再発行を必要とする人)	住 所	☐ 上記(申請者)と同じ
	氏名	☐ 上記(申請者)と同じ
	電話番号	☐ 上記(申請者)と同じ
生年月日		
申請する予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種	
申請の理由	☐ 紛失 ☐ その他()	
【確認事項】 ☐ 希望する予防接種が現時点で未接種であることは間違いありません。 ☐ 予診票が見つかった場合は、すみやかに保健センターへ返却または破棄します。 ☐ 定期予防接種は年度につき1回の助成であることを了承しました。 上記の内容を確認し、申請書に記載した事項に同意いたします。		
署名年月日 令和 年 月 日 署名		

【保健センター確認欄】

☐ 健康かるて履歴確認		☐ 申請者の本人確認書類を確認	
手渡し・郵送（ / ）			
送付先	☐ 申請者と同じ ☐ その他（〒 ）	☐ 対象者と同じ	