

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	東浦町大字 字
	氏名	
	電話番号	
	②対象者か らみた続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
② 対象者 (再発行を必要とする人)	住所	<input type="checkbox"/> 上記(申請者)と同じ 東浦町大字 字
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記(申請者)と同じ _____
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記(申請者)と同じ _____
	生年月日	年 月 日
申請する予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 帯状疱疹予防接種(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目)	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()	
【確認事項】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ・新型コロナウイルスは年度につき1回の助成であること、高齢者肺炎球菌・帯状疱疹は生涯につき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 年 月 日 署名		

【保健センター確認欄】

<input type="checkbox"/> 対象者確認(定期・任意)	<input type="checkbox"/> 健康かるて履歴確認	<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類を確認 (確認したものに○を付ける)
1点確認 (写真付き)	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 運転経歴証明書・障害者手帳・その他()	
2点確認 (2種必要)	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給 証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳 クレジットカード・社員証・診察券・その他()	
手渡し・郵送 (/)	備考()	担当者名()