

带状疱疹定期接種のお知らせ交付・再交付申請書

年 月 日

(あて先) 防府市長

申請者 氏名 ふりがな _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他 ()

下記のとおり、带状疱疹定期接種のお知らせの交付・再交付を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス）1回目接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失、破損による再交付 ※申請理由が紛失の場合、再交付後に当初の「お知らせ通知」が見つかった時は、速やかに 破棄してください。誤って重複接種となった場合、接種費用は全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ()		

添付書類

本人の身分証明書の写し

※代理申請の場合、上記に以下の書類を添付

代理人の身分証明書の写し

委任状

市確認欄

システムで接種履歴情報を確認

定期予防接種で接種できる生年月日であることを確認

転入の場合は、聞き取りにより接種履歴確認

確認者 _____