

予防接種予診票 発行・再発行申請書

令和 年 月 日

新城市長 樣

以下の被接種者の予防接種予診票について、発行・再発行を申請します。

| | | | | |
|-----|--------------|---|------|--|
| 申請者 | 氏名 | | 電話番号 | |
| | 住所 | | | |
| | 被接種者 との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 申請理由 | <p><input type="checkbox"/> 予診票の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 自己負担金（課税状況）の変更 «添付書類» <input type="checkbox"/>手元の予診票 <input type="checkbox"/>前市町村の非課税証明書（※転入の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 60～65歳未満の対象者 (心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者)</p> <p><input type="checkbox"/> 転入 «添付書類» <input type="checkbox"/>身体障害者手帳 または 診断書 (写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 以前の住所地で発行された予診票</p> | | |

| | | | | |
|------|-----------|---|------|---------------------------------|
| 被接種者 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 電話番号 | <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 | | |
| | 希望する予防接種 | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（　回目） | | |

※申請者の被接種者との続柄が【その他】の場合は、こちらを記入してください。

上記のとおり申請した内容について、以下のことを誓約します。

- 本人からの同意を得て申請しています。
 - この申請に関するすべての責は申請者が負います。

令和 年 月 日 申請者氏名（自署）