

予防接種済証交付申請書

申請者の方は、必ず本人確認できるものをご持参ください。

例：マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など

年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	セイメイ 精華 太郎
	住所	精華町南稲八妻北尻70番地
	電話番号	0774-00-0000
	被接種者との続柄	父

次のとおり、予防接種済証の交付を申請します。

被接種者	フリガナ 氏名	セイメイ 太郎 精華 太郎	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	〇年 〇月 〇日	
	住所	精華町	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
証明を必要とする予防接種	<p>該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>すべて</p> <p><input type="checkbox"/>ヒブ</p> <p><input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌</p> <p><input type="checkbox"/>B型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/>五種混合[又は四種混合又は三種混合](ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ混合)</p> <p><input type="checkbox"/>不活化ポリオ[又は生ポリオ]</p> <p><input type="checkbox"/>BCG</p> <p><input type="checkbox"/>水痘(水ぼうそう)</p> <p><input type="checkbox"/>MR(麻しん風しん混合)</p> <p><input type="checkbox"/>日本脳炎</p> <p><input type="checkbox"/>二種混合(ジフテリア・破傷風混合)</p> <p><input type="checkbox"/>子宮頸がん予防(ヒトパピロー)</p> <p><input type="checkbox"/>ロタウイルスワクチン</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者肺炎球菌</p> <p><input type="checkbox"/>新型コロナウイルス</p>		
申請理由	<p>・母子健康手帳を紛失したため</p> <p>・学校の研修等で予防接種済証(証明書)が必要なため</p> <p>・海外留学等で英語版の予防接種済証(証明書)が必要なため</p> <p><input type="checkbox"/> 英文版の予防接種済証を希望する場合は<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p>		

申請者と住所が同じ場合はのみで可

【英文版の予防接種済証について】
転入前(他市町村)に接種した分であっても、母子健康手帳等で予防接種歴が分かるものについては、翻訳可能です。
その場合、必ず母子健康手帳のコピー(表紙、予防接種歴のページ)が必要です。

【注】「予防接種済証」で証明できるのは、精華町に住居を有していた期間に接種した予防接種(※ただし、任意接種は除く)に限ります。