

# 予防接種予診票再発行申請書

令和 年 月 日

菊川市長宛

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同一世帯員  その他 ( )

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		年 月 日
再発行希望予防接種		↓再発行を希望するものに○を付けてください。	
		<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌
		<input type="checkbox"/>	带状疱疹
		<input type="checkbox"/>	風しん
送付先住所※1	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

※1 住所地以外に発送する場合は、その住所で生活していることが証明できるものの写しを添付してください。