予防接種案内通知　　　　　　　申請書

再交付

転　入

尾道市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　予防接種のはがきの再交付を申請します。交付にあたり、送付履歴の確認を行うことに

同意します。また、次の事項を順守します。

　　　（下記をお読みのうえ、□に「✓」をしてください。）

　　　　□　私は、重複して接種は受けません。

　　　　□　（再交付の方のみ）はがきの再交付後に、尾道市からの予防接種の案内はがきの

原本が見つかった場合は破棄します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種名 | | * 帯状疱疹ワクチン * 高齢者肺炎球菌 * 風しん第5期（受付窓口：尾道市総合福祉センターのみ） |
| 予防接種を受ける人 | 住　　所 | 〒  尾道市  （アパート等の場合は、部屋番号もご記入ください。） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 電話番号 | 日中連絡の取れる番号を記入してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する人 | □　本人　　□　代理人（続柄：　　　　　　　）  本人確認書類：マイナンバーカード、保険証、免許証、その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 住　所 | □上記住所と同じ　　　　　　　　　　　　　　　＊本人のときは記入不要 |
| 氏　名 | ＊本人のときは記入不要 |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 健康かるての確認 | 済　・　未 |
|  |  |
| 書類交付台帳番号 | 書類交付（送付）日 |
|  | 年　　　月　　　日 |