

四條畷市高齢者带状疱疹予防接種

接種券兼接種記録 発行・再発行申請書

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

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 ☐ 同居の親族 ☐ その他（ ）

下記のとおり、四條畷市高齢者带状疱疹予防接種 接種券兼接種記録の（発行・再発行）を申請します。なお、申請内容について、住民基本台帳等の確認等、接種券の発行に係る照会に同意いたします。

|                                |               |                                                                                                  |   |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 被<br>接<br>種<br>者               | ふりがな<br>氏 名   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                  |   |
|                                | 住民票に記載<br>の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                  | 〒 |
|                                | 生年月日          | 年 月 日                                                                                            |   |
| 申請理由                           |               | <input type="checkbox"/> 紛失、滅失、破損 <input type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |   |
| 予防接種の種類                        |               | 高齢者带状疱疹                                                                                          |   |
| 接種券の送付先住所<br>（申請者住所と異なる場合のみ記入） |               | 〒                                                                                                |   |