

予防接種証明書交付申請書

年 月 日

門真市長 様

【申請者】

氏名		対象者との続柄	
生年月日	年	月	日
現住所	〒		
電話番号			
発行理由			

下記のとおり、対象者の予防接種証明書の交付を申請します。

【対象者】

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	
生年月日	年	月 日
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒
予 防 接 種 の 種 類 (<input type="checkbox"/> にチェックを付けてください)	<input type="checkbox"/> 門真市で受けたすべての予防接種	
	<input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/> 麻しん (単)
	<input type="checkbox"/> 風しん (単)	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 四種混合
	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 二種混合
	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> ヒブ
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> ロタ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	

【添付書類】

- 申請者の本人確認書類 (マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証等)
- 母子健康手帳など接種記録が確認できるものの写し (母子健康手帳の紛失・破損による申請の場合は提出不要)
- 委任状 (申請者が本人または保護者以外の場合は、委任状の添付が必要です。)

【注意事項】

予防接種法に基づく予防接種において、門真市が実施した定期予防接種が対象です。

職員記入欄

受付日		担当者	
-----	--	-----	--