

年 月 日

坂祝町長 様

申請書 住所 _____

フリガナ
氏名 _____

電話 _____

接種者との続柄 本人
 その他（続柄 _____）

予防接種の記録 交付申請書

以下のとおり予防接種の記録の交付を申請します。

また、交付の際、坂祝町が（氏名・生年月日・性別）にて接種記録を確認することに同意します。

被接種者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ 氏名	
		現住所	
		電話番号	
	転出前の住所 ※申請の際に坂祝町に住民登録のない場合のみご記入ください	坂祝町	
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
申請理由	① 母子健康手帳・予防接種済証の紛失・破損 ② その他（ _____ ）		

※交付される記録は公的な証明ではありません。

※坂祝町に住民票がある時に受けた「定期予防接種」及び「坂祝町の助成を受けた任意予防接種」の記録です。転入前の接種・転出後の接種・公費助成のない任意予防接種の履歴は記載されません。

※システムに接種履歴が反映されるまでに時間を要するため、直近の予防接種については記載されない場合があります。

※予防接種法施行令で定められた記録保存期間である5年を経過している予防接種履歴については保存されていない場合がありますのでご了承ください。

添付書類

- 本人確認書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）の写し
- 代理人の本人確認書類（被接種者以外が申請する場合）
- 郵送での交付をご希望の場合、返信用封筒（返信先を記入し、84円切手を貼付してください）
- 委任状（被接種者と申請者が同居家族でない場合）

委任状

年 月 日

住 所 _____

委任者 _____

生年月日 年 月 日

電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の各事項を委任します。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日

電話番号 _____

記

1 委任事項

予防接種の記録の発行および受領に関すること。

以上