

申請日 年 月 日

岡垣町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(被接種者との関係 \_\_\_\_\_)  
電話番号 \_\_\_\_\_

### 予防接種履歴交付申請書

下記のとおり予防接種履歴記録の交付を申請します。  
なお、交付された予防接種履歴記録を不正に利用しないことを約束します。

(ふりがな) 被接種者 氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)	電話番号	— —
住所			
交付申請 理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【申請者が被接種者本人または同一世帯の保護者以外の場合は、下記委任事項に記入をお願いします】

私（委任者）は申請者に予防接種履歴交付の請求・受領を委任します。

委任者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(被接種者本人又は保護者)

担当課記入欄  
確認書類：顔写真付き証明（マイナンバーカード・運転免許証・学生証・その他（ ））