**東員町定期予防接種予診票等 交付・再交付 申請書**

東員町長　様

申請日　令和　　年　　月　　日

標記について、下記のとおり、東員町定期予防接種予診票等の交付・再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人（接種対象者） | 申請代理人※本人（接種対象者）以外が申請の場合に記入 |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | **〒** | 住　　所 | **〒** |
| 送付先住所（住所と同じ場合は不要） | **〒** | 送付先住所（住所と同じ場合は不要） | **〒** |
| 生年月日（西暦） |  | 本人との続柄 |  |
| 電話番号（日中連絡が取れるもの） |  | 電話番号（日中連絡が取れるもの） |  |
| ワクチン名 |  | ワクチン名 |  |
| 該当するものにチェックしてください□　65歳の方□　60～64歳で心臓や腎臓、呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方□　60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方□　1962年（昭和37年）4月2日生まれ～1979年（昭和54年）4月1日生まれの男性の方□　転入□　紛失・破棄 |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付方法 | 郵送　・　窓口 |
| 備考 |