

予防接種券再交付申請書

(インフルエンザ・新型コロナ・肺炎球菌)

(宛先) 沼津市長

申請日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

※申請者が接種者本人と異なる場合はご記入ください。

申請者氏名		本人との関係	
電話番号			
申請者住所	〒		<input type="checkbox"/> 申請者の住所に郵送希望

※身分証明書(保険証・運転免許証など)のコピーを添付してください。

交付する接種券に <input checked="" type="checkbox"/> つけてください。	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ予防接種
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン予防接種
	→ 今までに肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか。○をつけてください。なし / あり あり→過去に予防接種を受けた日 <u>年 月 日</u>
(フリガナ) 氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日
住 所	〒 沼津市
電 話 番 号	

<行政記入欄>

受付日	令和 年 月 日	受付者	
受付方法	窓 口 ・ 郵 送 (発 送 日 年 月 日)		
交付の理由	1 転入 (転入日 : /) 2 紛失 3 破損 4 破棄 5 その他 ()		
身分証明書確認	保険証 ・ 運転免許証 ・ その他 ()		