**予防接種証明書交付申請書**

太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付を希望する者 | フリガナ |  | | | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 現在の居住地が上市町外の方は、上市町在住時の住所をご記入ください。 | 上市町 | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日生 | | | | |
| ※保護者氏名 |  | TEL |  | | |
| 申請理由 | | □母子健康手帳の紛失  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 上記のとおり申請します。  令和　　年　　月　　日  　　上市町長　宛て  　　　　　　　　　　　※※申請者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄 | | | | | | |

※交付を必要とする者が１８歳未満の場合、保護者氏名をご記入ください。

※※本人、保護者以外の方が申請する場合は委任状が必要です。

★以下の欄の記入は不要です。

|  |
| --- |
| 届出者本人確認書類 |
| □運転免許証　　□マイナンバーカード　　□健康保険証  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対応日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　対応者（　　　　　　） |
| □予防接種記録台帳写し（窓口・郵送）  □予防接種証明書の発行（窓口・郵送）  □母子健康手帳への記入  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |