

幸田町予防接種券 再交付申請書（高齢者用）

年 月 日

（宛先）幸田町長

（申請者）住 所

氏 名 (続柄)

電 話

生年月日 T・S・H 年 月 日

下記の理由により、予防接種券を再交付してください。

予防接種名	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌（定期） <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌（任意） <input type="checkbox"/> インフルエンザ	
被接種者 <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	住 所	幸田町大字 字
	ふりがな	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	M・T・S 年 月 日生 (歳)
再交付の申請理由	・紛失 ・その他 ()	
交付番号	※	

※健康課確認欄	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証又は後期高齢者福祉医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	------	---

確認職員名 _____