年　　月　　日

定期予防接種証明書　交付申請様式

新発田市長　様

（申請者）

住　　所 　〒

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄 　□本人　 □保護者 □その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　 ）（　 　　）

新発田市で受けた予防接種法施行令第3条の1に定められている疾病の定期予防接種について、下記のとおり接種証明書の交付の申請をします。

記

１．被接種者（証明を必要とする人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | □申請者と同じ |  |
| 生年月日（性別） | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　　（ 男 ・ 女 ） |
| 保護者名※18歳未満は必須記入 | □申請者と同じ |  |
| 送付先住所 | □申請者と同じ |  |
| 連絡先電話番号 | □申請者と同じ |  |

２．委任状　（申請者が被接種者又は接種者の保護者と異なる場合記入）

私は、下記予防接種の接種証明書の申請及び受領を申請者　　　　　　　　　　に委任します。

氏名（自署）：

３．証明が必要な定期予防接種の種類（必要な証明に〇をつけてください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予　防　接　種　名 |  |  | 予　防　接　種　名 |
|  | ロタウイルス感染症 |  |  | 小児用肺炎球菌 |
|  | B型肝炎 |  | BCG（結核） |
|  | インフルエンザ菌B型（ヒブHib） |  |  | 麻しん（はしか）・風しん |
|  | 四混混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ） |  |  | 水痘（水ぼうそう） |
|  |  | 日本脳炎 |
|  | 三種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風） |  |  | HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症 |
|  | 風しん予防接種 |
|  | 二種混合（ジフテリア、破傷風） |  |  | 高齢者インフルエンザ |
|  | 高齢者肺炎球菌ワクチン |

【申請時の確認欄】

　確認した項目に☑を入れる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者の本人確認 | 申請者が被接種者 | （共通）□マイナンバーカード　□自動車運転免許証　□パスポート | 確認者 |
| 申請者が保護者 | 共通 ＋ □母子手帳 |
| 申請者がその他 | 共通 ＋ □委任状の記載 |
| 受付日　令和　　　年　　　月　　　　日 | 受付方法　　□ 窓口　　□ 郵送 |

【発行時の確認欄】

|  |
| --- |
| 証明内容の確認者（必ず2名以上で読み合せる） |
|  |  |  |
| 発　　行　　日 | 発行方法 | 発　　行　　者 |
| 令和　　年　　月　　　日 | □ 窓口　　　□ 郵送 |  |