

高齢者用帯状疱疹予防接種済証再交付申請書

申請日 年 月 日

高齢者用帯状疱疹予防接種済証の再交付を申請します。

【申請者】（窓口に来られた方）

※予防接種済証の再交付を受ける本人が来られた場合、記載は不要です。

氏 名	続柄 ()
住 所	
電 話 番 号	

【対象者】

住 所	筑後市大字
氏 名	
生 年 月 日	昭和・大正・明治 年 月 日
電 話 番 号	
再交付の理由 (該当するものに○をつけてください)	・紛失 ・破損 ・転入 ・その他 ()

確認事項

重複して接種した場合、定期接種の対象から外れることの説明を受け、説明の内容に同意します。

署名 _____

【市役所記入欄】

- ① 本人確認： 運転免許書 マイナンバーカード 健康保険証
その他 ()
- ② 接種履歴の確認： 接種歴 (あり なし)

対応者 ()