

(別紙2)

高齢者 インフルエンザ
新型コロナウイルス感染症 予防接種券 交付申請書

令和 年 月 日

三 原 市 長 様

予防接種法に基づく、高齢者 インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 予防接種について、予防接種券の交付申請をします。

申請代理人 住 所
施設名
担当者名 印
※申請代理人が手書きした場合は、押印不要です。
電 話

この申請に関する権限を申請代理人に委任します。申請にあたっては、世帯全員の住民票記載事項と市民税課税状況の調査をされることを了承します。
※申請時は、代理人の本人確認書類を持参又は郵送してください。
※代理人が申請する場合は、次の欄に予防接種を受ける人の自署又は記名押印が必要です。(任意様式の委任状等の添付でも可)

【代筆の場合はご記入ください】 代筆者 職名： 氏名：

名 前	住 所	生年月日	印	記入しない ください	交付を希望する接種券の申請欄に○を記入してください			
					インフルエンザ		新型コロナウイルス 感染症	
					申請	ID 番号 《保健福祉課で記入》	申請	ID 番号 《保健福祉課で記入》
	三原市	大正 年 月 日 昭和		課 税 非課税				
	三原市	大正 年 月 日 昭和		課 税 非課税				
	三原市	大正 年 月 日 昭和		課 税 非課税				
	三原市	大正 年 月 日 昭和		課 税 非課税				
	三原市	大正 年 月 日 昭和		課 税 非課税				

(裏面に続く)

名 前	住 所	生年月日	印	記入しない ください	必要な予防接種券の申請欄に○を記入してください			
					インフルエンザ		新型コロナウイルス 感染症	
					申請	ID 番号 (保健福祉課で記入)	申請	ID 番号 (保健福祉課で記入)
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				
	三原市	大正 昭和 年 月 日		課 税 非課税				

施設名： _____
受取人名： _____
受取日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者 (保健福祉課記入)	
------------------	--