

(別紙 1)

※保健福祉課記入欄

申請区分	受付職員
☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保	

B類疾病予防接種 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、Ｂ類疾病予防接種について、予防接種券の交付申請をします。申請にあたっては、審査に必要な場合は、世帯全員の住民票記載事項と市民税課税状況について市が確認することに同意します。

申請者（対象者または代理人）

住 所	
名 前	㊟ ※本人が手書きした場合は、押印不要です。
電話番号	
接種者との関係 続柄 ()	

予防接種を受ける人

住 所 □申請者と同じ		三原市			
①			②		
氏名：			氏名：		
大正・昭和 年 月 日 生			大正・昭和 年 月 日 生		
申請するワクチンの右に○を記入		ID (保健福祉課で記入)	申請するワクチンの右に○を記入		ID (保健福祉課で記入)
带状疱疹	生ワクチン		带状疱疹	生ワクチン	
	組換 1回目			組換 1回目	
	組換 2回目			組換 2回目	
高齢者肺炎球菌			高齢者肺炎球菌		
インフルエンザ			インフルエンザ		
新型コロナウイルス			新型コロナウイルス		

委任：

※ 代理人（予防接種を受ける人と別世帯の人）が申請する場合は、次の欄に予防接種を受ける人の署名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）

予防接種券の受領に関する権限を前出の申請者に委任します。

予防接種を受ける人	住所	三原市	
	名前		印

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

【代筆の場合はご記入ください】 記入日： 年 月 日

代筆者住所：

代筆者氏名： 代筆者生年月日： 年 月 日

代筆の理由：

※ 申請時に、代理人(申請者)の本人確認書類を持参又は郵送してください。(郵送の場合、代理人(申請者)の本人確認書類は写しで可)