

草加市予防接種記録交付申請書

年 月 日

住所

申請者 氏名 続柄 ()

電話

※被接種者が18歳未満の場合、申請者は保護者としてください

下記のとおり、予防接種記録の交付を申請いたします。

記録の交付を希望する方 (被接種者)	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日生		
	現住所			
	草加市在住時の住所	※転出の場合のみ記載してください		
申請理由	※下記いずれかを選択してください <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()			

申請する方へ

- ・ 交付する予防接種記録は、予防接種の履歴であり、接種証明書ではありません。
- ・ 住民票が草加市にあるときに受けた定期予防接種の記録のみ発行します。
- ・ 申請の際、ご本人確認のため、氏名、住所、生年月日が確認できる書類〔申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ〕の提示、郵送での申請の場合にはコピーの同封をお願いします。

*****以下は記入しないでください*****

<input type="checkbox"/> 本人確認書類 住・免・健・その他 ()		
<input type="checkbox"/> 住民CD		受付印
<input type="checkbox"/> 発行	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (令和 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> メモ入力		
<input type="checkbox"/> 担当者		