

予防接種証明書交付申請書

年 月 日

豊見城市長 殿

標記について、関係書類を添えて次のとおり予防接種証明書の交付を申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた方との続柄	
	氏名			
	現住所	〒 ー 都道 府県		
	電話番号			

接種を受けた方 (被接種者)	フリガナ		生年月日
	氏名		平成 年 月 日 令和
	氏名 ローマ字表記	※英語での交付を希望する場合のみ記載	証明書の言語
			日本語 ・ 英語
	現住所 ※申請者と同じ場合はチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ー 都道 府県	
	旧住所 ※豊見城市に住んでいた際の住所をお書きください。	〒 ー 豊見城市	
	証明書送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者の現住所 <input type="checkbox"/> 接種を受けた方の現住所	※どちらかにチェック ※海外への送付は不可
申請理由			

●添付書類

- 申請者の本人確認書類*の写し
- 接種を受けた方の本人確認書類*の写し（申請者と接種を受けた方が異なる場合）
※マイナンバーカードや運転免許証などの氏名・生年月日・住所が確認できるもの
- 委任状（申請者と接種を受けた方が異なる場合（接種を受けた方の保護者である場合を除く））

●留意事項

豊見城市に住民票があるときに受けた定期予防接種の記録のみ発行します。