

# 予防接種証明書交付申請書

年 月 日

千代田区長殿

千代田区で受けた予防接種について、下記のとおり対象者の予防接種証明書の交付を申請します。

なお、本申請にあたり、必要に応じて区が対象者の住民基本台帳を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

## 【申請者】

氏名		対象者との 続柄	
生年月日	年 月 日		
現住所	〒		
電話番号			
申請理由			

## 【対象者】

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
ローマ字氏名				
生年月日	年 月 日			
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
接種済証明を 希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> 千代田区で受けたすべての予防接種			
	一 部 の み を 希 望 す る 場 合	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 麻しん	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 風しん	
		<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	
		<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) 2期	
		<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	<input type="checkbox"/> HPV (ヒトパピローマウイルス)	
		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
		<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	
		<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
		<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (令和6年度~)	
<input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/> RSウイルス			

## 【添付書類】

申請者の本人確認書類 (マイナンバーカード・運転免許証等)

母子健康手帳など接種記録が確認できるものの写し (※紛失・破損による申請の場合は提出不要)