

予防接種記録交付申請書

令和 年 月 日

申請者	ふりがな 氏 名	
	現 住 所	
	電話番号 (日中に連絡がつくもの)	
	被接種者との続柄	※同居の親族以外の場合は、別途、委任状(様式任意)が必要です。
被接種者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	
	現 住 所	
	現在の居住地が鶴ヶ島市以外の 場合、鶴ヶ島在住時の住所	鶴ヶ島市
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受取方法	窓口 ・ 郵送 (郵送の場合は、84円切手を貼付した返信用封筒が必要です。)	

※以下の欄は記入不要です。

申請者本人確認書類

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー個人番号カード <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード
<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書・在留カード・外国人登録証明書
<input type="checkbox"/> その他 () |
|--|

受付者

処理年月日