

保健事業関係書類等 (再) 交付申請書

— 誓約書 (委任状) —

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

次のとおり交付を申請します。

なお、代理申請の場合は、①受任者(申請者)の責任において、②委任者(本人)に代わり、下記③の書類を(再)交付申請します。受領については、異議が生じても受任者の責任において処理いたします。

① 受任者 (申請者) 窓口 に 来 ら れ た 方	氏名			電話
	住所			
	続柄	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.親族 () <input type="checkbox"/> 3.後見人 名称(事業所名等) : <input type="checkbox"/> 4.入所等施設 住所(上記と別の場合) : <input type="checkbox"/> 5.ケアマネ 電話(上記と別の場合) : <input type="checkbox"/> 6.その他 ()		
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.転入 <input type="checkbox"/> 3.その他 ()			
② 委任者 (本人)	氏名	<input type="checkbox"/> ①と同じ	生年月日 ※必須	T・S・H・R 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ 綾川町		
③ (再)交付 希望書類	定期 予防接種	予診票 (成人) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (1・2回目) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン		
	予診票 (小児)	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B肝 (1・2・追) <input type="checkbox"/> ロタ (1・2・3) <input type="checkbox"/> 五混 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> MR(1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 日脳 (1・2・追) <input type="checkbox"/> 二混 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (1・2・3) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	接種記録 (成人) :	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (1・2)	※ 綾川町に住民票がある間に接種した定期接種のみ発行が可能です。(R6年度以降接種のインフル・コロナ・带状疱疹・五混は接種確認にお時間を要します。) ※ 接種医療機関名が必要な場合は事前にお申し出ください。(綾川町が発行する通常の様式には医療機関名は含まれておりません。) ※ 接種してから町の記録に反映されるまでに1~2か月程度かかるため、接種後すぐの記録は接種医療機関にご確認ください。 ※ 任意接種の記録は発行できません。	
	接種記録 (小児) :	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B肝 (1・2・追) <input type="checkbox"/> ロタ (1・2・3) <input type="checkbox"/> MR(1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 日脳 (1・2・追) <input type="checkbox"/> 二混 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (1・2・3・追) その他 (四混・三混・ポリオ・ヒブ・) <input type="checkbox"/> 五混 (1・2・3・追)		
	受診券	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 若い世代健診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 35~39歳乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診		
検診 (成人)	検診名 結果 受診日 受診機関	※ 受診してから町の記録に反映されるまでに数か月かかるため、受診後すぐの記録は受診機関にご確認いただく場合があります。 ※ 発行内容等により、手数料が発生する場合があります。		
その他				
送付希望先 (郵送発行の場合、いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> ①受任者 (申請者) 宛 <input type="checkbox"/> ②委任者 (本人) 宛			

※ 不正な手段によりこの誓約書を作成した場合は、私文書偽造となります。

※ 交付にお時間をいただく場合があります。ご了承ください。

※ 申請の際、裏面の本人確認書類をお持ちください。

裏面をご確認ください。

■ 本人確認書類をお持ちください。（申請の場合は、下記写しを必ず添付のこと）

①受任者(申請者) 確認書類	1.本人	2.親族	3.後見人	4.入所等施設	5.ケアマネ	6.その他
・免許証 ・マイナンバーカード ・資格確認書（有効期限内） ・キャッシュカード のいずれか一つ	○	○ （①受任者（申請者）と②委任者（本人）の2人分が必要）	○	△ （入所時等の契約関係書類等がなければ②委任者（本人）分が必要）	△	○
・後見人証明書			○			他、本人との関係が分かる書類
・勤務先発行の身分証				○	○	
・入所時等の契約関係書類 （入所年月日及び施設名等記載の介護保険証・個人情報同意書等）等				○ （又は△）	○ （又は△）	

※ 代理申請等の場合は本人確認書類をコピーさせていただきます。

※ 予防接種記録等を転出後に申請される場合などには、ご本人申請であっても本人確認書類をコピーさせていただきます。

【事務記載欄】

①受任者（申請者）が②委託者（本人）であり、本人確認書類と申請書記載内容に誤りがないことを確認した。

確認者：

（この場合以外は、必ず上表の本人確認書類のコピーを保管すること）