

(第 1 号様式)

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄)
※同一世帯の親族以外の場合、委任状等が必要です。
電話番号

予防接種記録情報提供申請書

このことについて、下記のことに同意し、予防接種記録の情報提供（ワクチンの種類、接種年月日）を申請します。
※本市では、平成25年1月以降の予防接種記録を保存していますが、接種後2か月程度の間は、記録に反映されていない場合があります。
※本申請では、口頭での提供となりますので、文書での提供を要する場合は、「予防接種証明書発行申請（有料）」にて申請ください。

被接種者 (予防接種を受けた人)	(フリガナ) 氏 名	()
	生年月日	☐ 大正 ☐ 平成 ☐ 昭和 ☐ 令和 年 月 日
	住所	☐ 申請者住所と同じ 名古屋市 区 ※現在、本市に住民登録がない場合、本市から転出する前の最後の住民登録地を記載してください。
希望する 予防接種	希望する予防接種を以下より選択してください。	
	子どもの 予防接種	☐ ロタウイルス ☐ B型肝炎 ☐ 小児肺炎球菌 ☐ 五種混合 ☐ BCG ☐ 麻しん・風しん(MR) ☐ 水痘 ☐ 日本脳炎 ☐ 二種混合(DT) ☐ 子宮頸がん ☐ ヒブ ☐ 四種混合 ☐ 三種混合 ☐ 不活化ポリオ ☐ おたふくかぜ
	成人の 予防接種	☐ 定期インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹 ☐ 定期新型コロナウイルス感染症 ☐ 風しん(予防接種)
風しん(抗体検査)	☐ 本申請の「予防接種」を抗体検査に読み替えて申請 ※情報提供の事項は、判定結果及び実施年月日となります。	
情報受領欄	受領者(申請者)氏名:	

保健センター処理欄（※ここから下は記入しないでください。）

○申請書	
☐ 必要記載事項の確認 ☐ 申請者の本人確認書類との照合 ☐ 被接種者のシステム情報との照合	
○申請者の本人確認書類	○成年被後見人の場合における法定代理人
☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 住民基本台帳カード（顔写真付き） ☐ 障害者手帳（身体・精神） ☐ 特別永住者証明書 ☐ 在留カード ☐ その他（ ）	☐ 成年後見登記の登記事項証明書等 ○同一世帯の親族でない場合（成年後見人を除く） ☐ 委任状