（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  年　　　月　　　日  **☐**昭和　**☐**令和 |
| 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　**☐** 帯状疱疹  **☐** 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。）

|  |  |
| --- | --- |
| 〇申請書   * 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 | |
| 〇申請者の本人確認書類  □ 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（　　　　　　　　　　　　　　） | 〇成年被後見人の場合における法定代理人   * 成年後見登記の登記事項証明書等   〇同一世帯の親族でない場合（成年後見人を除く）   * 委任状 |