（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
 |