

予防接種履歴照会 申請書

年 月 日

新庄市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

被接種者との関係 _____

電話番号 _____

下記の理由により、新庄市で実施した定期予防接種について履歴照会を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 母子手帳の破損 <input type="checkbox"/> 過去の接種歴を把握するため <input type="checkbox"/> その他()	
照会を希望する 予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 子どもの定期予防接種のすべて <input type="checkbox"/> 子どもの定期予防接種の一部() <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他()	

※申請者が被接種者本人または保護者でない場合、下記委任状についても記載が必要です。

私は、申請者を代理人と定め、予防接種履歴の照会・受領を委任します。

委任者氏名 _____ (印)

※保護者とは、未成年の親権を行う者又は後見人を指します。

※申請者（窓口に来られた方）の本人確認できる書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。