

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

氏 名 (対象者との続柄:)

申請者 住 所

電話番号

予防接種済証交付申請について、次のとおり予防接種済証の交付を申請します。

対 象 者												
(フリガナ) 氏 名							生年月日		性別			
							年 月 日		男 ・ 女			
住 所	〒 (電話番号:)											
申請理由	① 母子健康手帳を紛失したため。 ② 入園・就学のため。 ③ その他 ()											
発行を希望する 予防接種の種類	☐ 過去の接種履歴すべて (※1)						☐ 他市区町村での接種履歴 (※2)					
	こども		ヒブ ・ 小児の肺炎球菌 ・ 四種混合 ・ 不活化ポリオ ・ BCG 麻しん風しん混合 ・ 麻しん ・ 風しん ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 三種混合 ・ 子宮頸がん ・ B型肝炎 ・ ロタ ・ 五種混合									
	おとな		・ 高齢者肺炎球菌感染症 ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者帯状疱疹 ・ 第5期風しん 新型コロナウイルス感染症 (令和6年3月31日までの接種) 新型コロナウイルス感染症 (令和6年10月1日以降の接種)									
マイナンバー (個人番号)												
☐ 予防接種法に基づく予防接種済証交付申請に係る事務を行うため、マイナンバーを必要に応じて職権で閲覧し、関係機関との情報連携等に使用することに同意します。												

※1 法に基づき、予防接種履歴の保存は過去5年間分となります。
※2 済証は接種を行った市区町村で発行していただきます。茅ヶ崎市でお渡しできるのは「予防接種の記録」のみとなります。

担当者記入欄		本人の個人番号記載 有 ・ 無		確認者: 1回目 () 2回目 ()			
備 考	【申請者本人確認書類】 ①顔写真付の公的証明書(1点) □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他() ②顔写真付でない公的証明書(2点) □診察券 □キャッシュカード □年金手帳 □基礎年金番号通知書 □その他() 【被接種者本人確認書類】 ①顔写真付公的証明書(1点) □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他() ②顔写真付でない公的証明書(2点) □診察券 □キャッシュカード □母子健康手帳 □その他()						(収受印)
	処 理 欄	受付日	受付者	受付番号			