

# 記入例

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

申請手続きを行う方の氏名  
(予防接種を受けた本人  
または保護者)

氏 名 茅ヶ崎 花子 (対象者との続柄: 母)

申請者 住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎〇〇番地〇号

電話番号 (携帯電話で結構です)

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を

対

予防接種を受けた方の氏名

(フリガナ) 氏 名	チガサキ タロウ 茅ヶ崎 太郎	性別	〇年〇月〇日	男・女
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 茅ヶ崎市茅ヶ崎〇〇番地〇号 (電話番号: (本人または保護者) )			
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 ( 海外留学のため。 )			
発行を希望する 予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 過去の接種履歴すべて (※1)		<input type="checkbox"/> 他市での接種履歴 (※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) <input type="checkbox"/> マイナンバー ②顔写真付 <input type="checkbox"/> 診察券	(収受印)
	【被接種者本人 ①顔写真付 <input type="checkbox"/> マイナンバー ②顔写真付 <input type="checkbox"/> 診察券	この欄には何も記入しないでください。
処 理 欄	受	