

# 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		<input type="checkbox"/> 他市での接種履歴 (※1)	
	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・RS ウイルス感染症母子免疫ワクチン		
	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 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	