

令和 年度 予防接種履歴情報照会申請書

牛久市長 様

①～⑤の太枠内に記載してください。

申請日		令和 年 月 日	申請区分	窓口・その他 ( )
①申請者	フリガナ	電話番号		
	氏名	□		
	住所	牛久市 □		
	続柄	□	①申請者と②対象者の関係 (本人または同一世帯の親族以外の場合は下記「委任状」の記載が必要です。)	

②対象者	フリガナ	生年月日 □		
	氏名	( ) ①申請者と同じ □	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳 か月)
	住所	( ) ①申請者と同じ □ 牛久市		

③申請理由	a. 母子手帳の紛失 b. 予防接種歴の確認 c. その他 ( )
-------	---

④予防接種の種類	a. 市が接種履歴を把握している予防接種全て b. 必要な予防接種のみ ( ) c. その他 ( )
----------	--

⑤希望する履歴情報	a. 予防接種の記録 b. 予防接種の証明書 c. その他 ( )
	<p>【留意事項】ご確認の上、☑をご記入ください。</p> <input type="checkbox"/> 照会が可能な履歴は、牛久市に住民票があるときに公費で接種した「接種日」「検査日」です。 <input type="checkbox"/> 市のシステムに反映されるまで2～3か月かかるため、直近の記録は記載されない場合があります。 <input type="checkbox"/> 接種した年度から5年以上経過しているものは、照会できない場合があります。 <input type="checkbox"/> 申請から交付まで2週間程度かかります。あらかじめご了承ください。

<b>委任状</b>	
私は、上記に記載した申請者に、予防接種履歴情報に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	
対象者氏名 (自署)	

牛久市保健福祉部では書類の二重チェックを実施しています。

市記入欄	個人コード	申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証・健康保険証等 <input type="checkbox"/> 委任状 (本人・同一世帯親族以外の場合)	受付担当者	内容確認者
	接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 市に登録済みの健康情報 □その他 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳等接種履歴がわかるもの ( )			
	発行確認	<input type="checkbox"/> 住所・氏名 <input type="checkbox"/> 予防接種種類 <input type="checkbox"/> 接種歴 <input type="checkbox"/> 転入前削除 <input type="checkbox"/> PCV20・帯状疱疹追加			
	受付処理	処理日 (R . . ) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )			