

予防接種の履歴照会および予防接種番号再通知 申請書

申請日： 令和 年 月 日

神戸市長 あて

下記のとおり申請します。なお、履歴照会にあたっては、予防接種歴情報の照会について同意します。

発行を希望する申請に☑をしてください

<input type="checkbox"/> 履歴照会		H27年度以降の接種履歴(神戸市で受けた定期接種・神戸市独自補助の接種)を照会できます		
<input type="checkbox"/> 予防接種番号		H28.4.1以降に出生・転入した方のみ発行できます		
本人の情報	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名			(歳 か月)
接種を受けた方	住民登録住所	〒 - 神戸市 区	性別	男 ・ 女
申請者の情報	フリガナ		<input type="checkbox"/> 保護者(続柄:) <input type="checkbox"/> それ以外(代理人)(関係性:) <input checked="" type="checkbox"/> 委任状(同意書)	
	氏名			
※本人以外が申請する場合記入 ※16歳以上は本人の申請により交付可能	住所	<input type="checkbox"/> 本人の住民登録の住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人の住民登録住所と異なる 〒 -		
電話番号		- -	※日中連絡のつく電話番号	
申請理由				
添付書類		下記の書類を必ず添付してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類(氏名・生年月日・住所がわかるもの) ※ 施設等の職員の場合は職員の証明書類(職員証や名刺等) 【申請者が代理人の場合】 <input type="checkbox"/> 委任状(同意書)		
備考				

※ 上記太枠内をもれなく記入し、下記に送付してください。

〔宛先〕 〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市保健所保健課 予防接種担当 宛て

申請上の注意点

- 申請受付後、概ね2週間程度でご本人の住民登録住所へ送付します。(履歴照会について)
- 接種した医療機関の照会はできません。
- インフルエンザ及び新型コロナワクチンの予防接種記録は本申請の対象外です。
- 接種履歴は、医療機関からの接種報告の時期により、接種履歴の反映がされていない場合があります。
- 自費でされた予防接種の記録は神戸市の電子システムに記録できないため記載されません。
- 神戸市に住民登録がない人は、原則、申請できません。住民登録のある市町村にご相談ください。

神戸市処理欄

受付印

【保健課処理欄】別紙のとおり送付してよろしいか(予防接種番号:)

起案日	. .	課長	係長	係
決裁日	. .			
送付日	. .			