

予防接種等記録開示申請書

申請日： 年 月 日

開示内容	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
	開示したい予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 子どもの予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他()
	開示理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の破損 <input type="checkbox"/> 過去の接種履歴を把握するため <input type="checkbox"/> その他()

深川市長殿

上記の通り申請します。

申請者（窓口に来られた方） 氏名

※申請者が本人以外の場合は、下記もご記入ください。

①申請者（窓口に来られた方）	ふりがな		開示情報者との続柄 ()
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	

※①申請者（窓口に来られた方）の本人確認できる書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）を提示してください。

【申請者が、本人または保護者でない場合には、②の記載が必ず必要です】

私（②委任者）は、「①申請者」に予防接種記録開示の請求・受領を委任します。

②委任者氏名

（本人または保護者の氏名） 印

※保護者とは、「親権を行う者」又は「後見人」を指します。

＜ 職員記載欄 ＞	
●申請者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
●開示・交付方法	<input type="checkbox"/> システムのコピーを開示 <input type="checkbox"/> システムのコピーを交付 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳へ記入 <input type="checkbox"/> その他()
●受付対応者()	●開示・交付日(年 月 日)