予防接種履歴確認依頼申請書

年　　月　　日

水　巻　町　長　様

標記について、下記のとおり予防接種の履歴確認を申請します。

予防接種履歴を確認したい情報（被接種者）	ふりがな 氏名	
	マイナンバー	
	生年月日	年　　月　　日
	住所	水巻町
	電話番号	
	申請理由	□母子健康手帳の紛失　　□母子健康手帳の破損 □過去の接種履歴を把握するため □その他（　　）
	情報提供を求める自治体（転入元）	（都・道・府・県）　　（市・町・村）

申請者（窓口に来られた人）　　□被接種者と同じ

ふりがな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被接種者との続柄＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□被接種者と同じ

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□被接種者と同じ

【申請者が本人・家族・保護者以外の場合】

私は（委任者）は、申請者に予防接種履歴確認依頼の請求・受領を委任します。

委任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

窓口確認用　　受付担当者（　　）
1 マイナンバー確認　　□マイナンバーカード　□通知カード（マイナンバー付き住民票）　□電算確認
2 届出人　　□本人・保護者　　□代理人
3 本人確認書類（1 点可）※写真付き　□マイナンバーカード　□運転免許証　□パスポート　□他
（2 点以上）□通知カード（住民票）　□保険証　□児童扶養手当証書　□その他（　　）