

予防接種の履歴照会および予防接種番号再通知 申請書

神戸市長 あて 申請日 ： 令和 年 月 日

下記のとおり届けます。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。

☐ 番号通知再発行	H28.4/1以降に出生・転入した児ですか？		☐ はい ☐ いいえ→不要		
☐ 履歴照会	H27年度以降の履歴ですか？		☐ はい ☐ いいえ→発行不可		
フリガナ		生年月日	平成 ・ 令和	性別	男・女
本人氏名			年 月 日 (歳 か月)		
住民登録住所	〒 区 神戸市				
申請者名 ※本人以外が申請する場合に記入		☐ 保護者 (続柄：) ☐ それ以外 (代理人) (関係性：) ➡ ☐ 委任状 (同意書)			
申請者の住所	☐ 本人住民登録の住所と同じ ☐ 本人住民登録住所と異なる 〒				
電話番号	- -				
申請理由					
添付書類	(全件) ☐ 本人又は申請者の本人確認書類 (氏名、生年月日、住所がわかるもの) (代理人の申請の場合) ☐ 委任状				

申請後、概ね2週間程で保健所保健課より、原則住民登録上の住所へ送付します。

受付印

【保健課処理欄】 別紙のとおり送付してよろしいか (No.)

起案日 . .	課長 係長 係
決裁日 . .	
送付日 . .	