予防接種記録情報提供申請書

　　　年　　　月　　　日

　あて

申請者　　氏　　名

※申請者は、被接種者本人、同世帯の家族、法定代理人（親権者等）、被接種者本人(未成年の場合は親権者)から委任を受けた者に限ります。

住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※現住所をご記入ください。

電話番号

　　　　　（昼間に連絡がとれる電話番号をご記入ください。）

私は、以下の同意事項１から５に同意したので、下記の者の「予防接種の記録」の交付を申請します。

●同意事項

1. 提供できる情報は、「予防接種の種類」「接種年月日」「ロットナンバー」となります。
2. 予防接種法により、予防接種記録の保存は５年間となるため、提供する予防接種の記録については、当申請の日以前５年間の記録に限ります。ただし、５年より前の記録がある場合で、提供を希望する場合、そちらも含めて市が保有している記録を提供します。また、直近に受けた接種は、本市が記録を把握していない場合があります。
3. 予防接種の記録がない場合もあります。
4. 郵送申請の場合、記録の送付先は申請者の住所（住民票記載の住所）に限ります。
5. 提出いただいた後に、本市で申請書の内容を確認し、本市が保有している情報と齟齬が生じた場合、情報提供できないことがあります。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 申請者との続柄 |  |
|  |  |
| 被接種者住　　所 | □依頼者と同じ（☑をすれば記入不要）さいたま市さいたま市から転出された方は、さいたま市在住時の住所 | 被接種者生年月日 | 　年　　月　　日　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認印 | 担当者 |  |
| 確認者 |  |
| 所属長 |  |

【さいたま市確認欄】

□ ①申請者の本人確認証を確認

□ ②被接種者の母子健康手帳を確認

□ ③(母子健康手帳紛失の場合)被接種者の本人確認証を確認

□ ④(法定代理人以外が申請した場合)委任状

□ ⑤(法定代理人以外が申請した場合)来所者の本人確認証を確認

□ ⑥保健システム（個人メモ）に交付歴を入力