予防接種履歴証明書発行申請書

（宛先）柏原市長

（太枠の中をご記入ください）

（申請日）　令和　　年　　月　　日

（申請者）	□本人 □同一世帯 □代理人 □その他	住所
		フリガナ 氏名
		生年月日　西暦　・　大正　・　昭和　・　平成　・令和　　年　　月　　日生
		日中につながる電話番号　　（　自宅　・　勤務先　・　携帯　）
①（被接種者） どなたのものが必要ですか	住所（所在地）　□上記と同じ	
	□上記と同じ　フリガナ 氏名（名称）	
	生年月日　西暦　・昭和　・平成　・令和　　年　　月　　日生	
②（被接種者） どなたのものが必要ですか	住所（所在地）　□上記と同じ	
	□上記と同じ　フリガナ 氏名（名称）	
	生年月日　西暦　・昭和　・平成　・令和　　年　　月　　日生	
③（被接種者） どなたのものが必要ですか	住所（所在地）　□上記と同じ	
	□上記と同じ　フリガナ 氏名（名称）	
	生年月日　西暦　・昭和　・平成　・令和　　年　　月　　日生	
使用目的（提出先）	□ 過去の予防接種歴を把握するため　□ その他（　　）	

※　窓口にこられた方は、本人確認のできるものを提示してください。
※　同一世帯以外の方が申請する場合、委任状を添付してください。
※　接種歴がシステムに反映されるまで接種日より約２か月かかります。
※　柏原市の公費助成を受けて接種した定期予防接種のみ発行です。（任意接種は対象外）
※　予防接種歴については5年間保存のため、それ以前の接種歴は発行できない可能性があります。

※以下は、健康づくり課使用欄

来庁者 本人確認	□免許証　□健康保険証　□住基C・マイナンバーC □その他　（　　）		
権限確認	□委任状等　□その他（同一世帯、　　）		
発行者		確認者	

受付印