

神戸市予防接種 番号通知再発行・履歴照会 申請書

上記申請希望の方は、太枠内を記入してください。

		① 申請日		年	月	日
② 申請内容	□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→不可			
③ 氏名	フリガナ		④ 性別	男 ・ 女		
⑤ 生年月日	平成・令和 年 月 日	⑥ 予防接種 番号	※わかる場合のみ記入			
⑦ 住所	〒 ー 神戸市 区 電話番号 () ー ー					
⑧ 申請者名 (保護者)	フリガナ		⑨ 保護者以外 の申請 □委任状	フリガナ		
	続柄 ()			本人との関係 ()		
⑩ 申請理由						

(申請上の注意事項)

- ・ 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。
- ・ 接種履歴は、過去の予防接種情報（平成 27 年 3 月以前接種分）や医療機関からの接種報告の時期により、接種履歴の反映ができていない場合があります。（通常、接種後 3 ヶ月程で反映）

区受付印

【区処理欄】 窓口・電話 (対応者)

【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	. .			

(裏)

【里親等、児童福祉施設長、児童相談所長による申請の場合記入】

各種証明書・ 決定通知書 (写)	<input type="checkbox"/> 児童一時保護決定通知書 <input type="checkbox"/> 児童一時保護委託通知書 <input type="checkbox"/> 入所措置 (委託) 決定通知書 <input type="checkbox"/> 里親委託証明書	保護者の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 確認できていない
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人 (氏名:)		
書類郵送先	<input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> その他: 市		