

明石市こども健康センター

予 防 接 種 記 録 票 発 行 願

(申請者)

氏 名 (続柄)

〒

住 所

電話番号

予防接種法等に基づく予防接種において、明石市にて実施した予防接種についての記録票の発行を願います。

記

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	
電 話	
予防接種の種類 (右欄の発行を希望する予防接種の種類に○をつけてください。)	・ 記録のあるもの全て
	・ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ 五種混合 ・ 四種混合
	・ 三種混合 ・ 生ポリオ ・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ MR ・ 麻しん ・ 風しん
	・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ HPV(子宮頸がん予防) ・ RSウイルス
住所の 異動状況	・ 生後から現在に至るまで、明石市に住民登録している。
	・ 明石市内で、転居履歴がある。
	・ 明石市外より、途中転入してきた。(年 月頃転入)
	・ 明石市に住民登録していたことがある。(年 月頃転出)
	・ その他
予防接種記録票 の使用目的	・ 母子手帳紛失のため ・ ()に提出するため ・ その他()

※定期予防接種以外の任意予防接種は、記録票に記載されません。

※書類発行に時間を要しますので、2週間程前までにご申請ください。

※申請者の身分証明書のコピーを添付してください。 参考: ①免許証 ②個人番号カード ③パスポート等

明石市こども健康センター

予防接種記録票発行願

(申請者)

■予防接種記録票発行願に必要な書類

- ①「予防接種記録票発行願」申込書
- ②母子健康手帳の「予防接種記録」の全ページコピー
- ③申請者の身分証明書のコピー

氏名 明石 太郎 (続柄) 父

〒 673 - 0891

住所 明石市大明石町1-6-1

電話番号 078 - 918 - 5656

明石市外に転出されている場合は、
【現在住民登録をしている住所(書類返送

記

ふりがな 氏名	アカシ ハナコ 明石 花子
生年月日	令和〇年 〇月 〇日生
住所	明石市大明石町1-6-1
電話	078 - 918 - 5656
予防接種の種類 (右欄の発行を希望する予防接種の種類に○をつけてください。)	<input checked="" type="radio"/> 記録のあるもの全て
	・ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ 五種混合 ・ 四種混合
	・ 三種混合 ・ 生ポリオ ・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ MR ・ 麻しん ・ 風しん
	・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ HPV(子宮頸がん予防) ・ RSウイルス
住所の 異動状況	<input checked="" type="radio"/> 生後から現在に至るまで、明石市に住民登録している。
	・ 明石市内で、転居履歴がある。
	・ 明石市外より、途中転入してきた。(年 月頃転入)
	・ 明石市に住民登録していたことがある。(年 月頃転出)
	・ その他
予防接種記録票 の使用目的	<input checked="" type="radio"/> 母子手帳紛失のため ()に提出するため ・ その他()

明石市外に転出されている場合は、
【明石市で住民登録していた住所】を
ご記入ください

※定期予防接種以外の任意予防接種は、記録票に記載されません。

※書類発行に時間を要しますので、2週間程前までにご申請ください。

申請時に、申請者の身分証明書コピーを
添付いただくようお願いします。

※申請者の身分証明書のコピーを添付してください。 参考: ①免許証 ②個人番号カード ③パスポート等