

定期予防接種記録に係る記録の照会について（申請）

（宛先）和歌山市長

令和 年 月 日

定期予防接種の記録について下記のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください。

申請者	氏名			
	住所	〒		
	対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯() <input type="checkbox"/> 代理人()※要委任状		
	電話番号			

対象者	氏名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日生	年齢	満 歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ （転出した場合）旧住所：和歌山市		
申請の理由	1 母子健康手帳の紛失 2 盗難・火災等による遺失 3 申請書類として必要のため（海外渡航・ ） 4 その他（ ）			

※和歌山市に住民登録があるときに受けた定期予防接種の記録のみ発行します。

[和歌山市記入欄]

申請者 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他の公文書（ ） 受付_____ <input type="checkbox"/> 対象者確認
予診票	<input type="checkbox"/> 必要 [内容]（ ） <input type="checkbox"/> 不要

Micjet 確認