

高齢者予防接種歴情報申込書

(宛先) 東 大 阪 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) 窓　口　へ こられた方	☐ 本人	住所					
		フリガナ					
	☐ 同一世帯 ☐ 代理人 ☐ その他	氏名					
		生年月日		西暦　・　大正　・　昭和		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	☐ 上記と同じ						
	住所（所在地）						
	☐ 上記と同じ	フリガナ					
	氏名（名称）						
	生年月日		西暦　・　大正　・　昭和		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。
- ※ 東大阪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。（高齢者インフルエンザと任意接種は対象外）
- ※ 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、保健所使用欄

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		
権限確認	☐ その他（ ）		
発行場所	☐ 委任状等 ☐ その他（同一世帯、 ）		
発行者	西HC ・ 中HC ・ 東HC ・ 感染症対策課	確認者	

受付印