

別記第1号様式

健康管理システム等登録情報公開申請書及び
母子健康手帳再交付申請書

(市民用)

課長印

公開請求日		年 月 日
請求者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	現 住 所	
	連絡先	TEL ()
	対象者との関係	
照会対象者	氏 名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ 年 月 日生
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ
照会情報等	1 母子健康手帳再交付 2 乳幼児健康診査・健康相談受診歴及び結果 3 予防接種履歴 4 <u>新型コロナウイルス感染症予防接種証明書</u> (日本国内用 ・ 海外用及び日本国内用) 5 その他 ()	
照会事由等	1 母子健康手帳紛失 2 予防接種済証、予防接種記録票紛失 3 <u>海外渡航等</u> 4 その他 ()	
市確認欄		
【対象者が未成年者の場合】		
<input type="checkbox"/> 法定代理人（親権者又は未成年後見人）の本人確認書類の写し ※法定代理人以外が請求する場合、請求者の本人確認書類の写し、委任状（委任状は法定代理人が記入）		
【対象者が成年者の場合】		
<input type="checkbox"/> 対象者の本人確認書類の写し ※請求者が法定代理人の場合、請求者の本人確認書類、対象者の本人確認書類の写し ※請求者が任意代理人の場合、請求者の本人確認書類、対象者の本人確認書類の写し、委任状（委任状は対象者が記入）		

対応者