

# 予防接種履歴照会申請書

<予防接種を受けた方についてご記入ください>

氏名	ふりがな
接種当時の氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
保護者氏名 (お子さんの場合のみ)	
土浦市の住所	土浦市
転出日	(土浦市から転出された方はご記入ください。 年 月 日 (転出先: ))
照会の理由	

土浦市が管理する予防接種履歴について、予防接種を受けた方及び申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、学生証の写しなど）のコピーを添付し、土浦市で管理している全ての予防接種履歴の照会を申請します。

(申請先) 土浦市健康増進課

令和 年 月 日 【申請者】

氏名: \_\_\_\_\_

現住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

予防接種を受けた方との続柄: \_\_\_\_\_

【参考】土浦市で管理している予防接種履歴とは、以下の定期及び任意予防接種を土浦市の公費助成にて接種した履歴のことです。

- B型肝炎・ヒブ・小児用肺炎球菌・5種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳・ポリオ・ヒブ)  
 ・4種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳・ポリオ) ・3種混合 (破傷風・ジフテリア・百日咳) ・ポリオ・BCG  
 ・麻しん風しん・水痘・日本脳炎・2種混合 (破傷風・ジフテリア) ・子宮頸がん予防・男性HPV  
 ・ロタウイルス・高齢者肺炎球菌・帯状疱疹・インフルエンザ・新型コロナウイルス  
 ・おたふくかぜ・RSウイルス