

新型コロナ・高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌
「予防接種予診票兼接種券」転送届（登録 / 変更 / 終了）

令和 年 月 日

次のいずれかに☑を入れてください。

住民登録地以外へ転送を希望する 転送先住所の 変更・取消 を希望する

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 続柄（ _____ ）

電話番号 _____

接種対象者 (予防接種を受ける人)	住 所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	鯖江市
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	(フリガナ)
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日
	転送(変更) 理 由	<input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 認知症等により郵便物管理不可 <input type="checkbox"/> 成年後見人決定 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

転送先	転送期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※転送終了日が未定の場合は、空欄のままで結構です
	住 所	〒 _____
	氏 名 (施設名称)	※施設等の場合は、施設名、担当部署、担当者名、電話番号もご記入ください
	接種対象者 との関係	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪等の親族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

※変更・終了の届出がなければ転送され続けますので、変更等がある場合は届け出てください。

- 添付書類 申請者の本人確認書類の写し 被接種者の本人確認書類の写し 成年後見人へ送付する場合は、登記事項証明書の写し
- 運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証、
介護保険証、身体障害者手帳、パスポート等

●書類送付先 〒916-0022 鯖江市水落町2丁目30-1 アイアイ鯖江内 鯖江市健康づくり課