高齢者インフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナ・帯状疱疹

「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） | □申請者と同じ | 鯖江市 |
| 氏名 | □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 | □施設入所中　　　□入院中 |
| □認知症等により郵便物管理不可　　□成年後見人決定 |
| □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） |  |
| ※施設等の場合は下記にもご記入ください |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| 接種対象者との関係 | □子 | □兄弟姉妹 | □甥・姪等の親族 |
| □施設職員 | □成年後見人 | □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 | 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 |
|  | □ | 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 |
| ●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【0778-52-1138】 |