

高齢者インフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹
「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
☐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【0778-52-1138】