

目黒区高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票 転送申請書

ふりがな 被接種者氏名			生年月日 年 月 日	性別 男・女
住 所		〒 - 目黒区  電話番号		
転送先	住 所	〒 -		
	宛 名			
	電話番号			
転送希望年度 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 今年度分から <input type="checkbox"/> 来年度分から                      転送希望 (解除のお申し出がなければご希望の年度以降転送され続けます。)			
転送先と 被接種者 との関係	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 親戚 (                      ) <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
備 考				

申請者の氏名・住所を確認できる書類※を添えて、上記のとおり『目黒区高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票』の転送を申請します。

※マイナンバーカード、健康保険証、運転免許証、登記事項証明書等のコピー  
 (健康保険証の写しを添付する場合は、被保険者記号・番号等にマスキング(目隠し)処理をして下さい。また、現住所の記載が裏面にある場合は、裏面の写しも添付してください。)

\_\_\_\_\_年 月 日

目 黒 区 長     あて

◇申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_

◇申請者と被接種者との関係 (○をしてください)  
 (子・甥姪・兄弟姉妹・施設職員・後見人・  
 その他 (                      ) )